



Isabel Neves Ferreira **A sobrecarga do cuidador informal
de pessoas com dependência**

Relatório do Trabalho de Projeto para Candidatura ao
grau de Mestre em Enfermagem Saúde Mental e
Psiquiatria

AGOSTO, 2013



Isabel Neves Ferreira **A sobrecarga do cuidador informal
de pessoas com dependência**

Relatório do Trabalho de Projeto para Candidatura ao
grau de Mestre em Enfermagem Saúde Mental e
Psiquiatria

Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento
dos requisitos necessários à obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiatria, realizado sob a orientação científica do
Professor Doutor Joaquim Lopes

AGOSTO, 2013

*“Se tratarmos as pessoas como elas devem ser, nós as ajudamos
a se tornarem o que elas são capazes de ser”*

Johan Wolfgang Von Goethe

AGRADECIMENTOS

Neste percurso, enumeras foram as pessoas que direta ou indiretamente me apoiaram, as quais quero agradecer por estarem sempre presentes e me ajudarem a realizar esta etapa da minha vida. A todas o meu muito obrigado.

Saliento as pessoas cuja presença foi mais intensa na realização deste projeto. Assim, quero agradecer:

- ✓ Aos cuidadores informais pela sua disponibilidade e carinho com que sempre me receberam e à sua predisposição para a realização deste trabalho;
- ✓ Aos idosos dependentes;
- ✓ Ao Professor Doutor Joaquim Lopes por me ter orientado e pela disponibilidade;
- ✓ À Enfermeira Coordenadora e restante equipa de enfermagem da UCC do projeto, por todo o apoio, disponibilidade e carinho demonstrados;
- ✓ À Enfermeira Chefe e equipa de enfermagem do Serviço de Psiquiatria (Hospital da Margem Sul do Tejo), pela disponibilidade e contribuição para a realização deste projeto;
- ✓ Aos meus colegas de curso pelo apoio e força que sempre me deram durante toda esta etapa;
- ✓ Ao meu marido por todo o amor, paciência, força e coragem que me deu para que nunca desistisse e conseguisse ultrapassar todos os obstáculos;
- ✓ Aos meus pais por serem pessoas únicas, por estarem sempre presentes e me ajudarem em todos os momentos.

Muito Obrigada

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento dos Centros de Saúde

ADI - Apoio domiciliário Integrado

AML – Área Metropolitana de Lisboa

AVD – Atividades de Vida Diária

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Enf^o – Enfermeiro

ESC – Escala de Sobrecarga do Cuidador

ESS – Escola Superior de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

Pág. – Página

PI – Paciente Identificado

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

PSP – Polícia de segurança Pública

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

RESUMO

Este projeto visa responder, sob a perspectiva da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, à sobrecarga do cuidador informal numa UCC na margem sul do Tejo.

Atualmente impera na nossa sociedade uma população cada vez mais envelhecida e com forte prevalência de doenças crónicas, não só a nível físico como mental.

Assim, objetivámos conhecer qual o nível da sobrecarga existente nos cuidadores informais na UCC do projeto. Para tal, utilizamos uma metodologia de projeto, com a realização de um estudo descritivo exploratório e transversal, o que nos permitiu validar o diagnóstico de situação.

Como instrumento de colheita de dados recorremos à entrevista semi-estruturada e à aplicação da escala de sobrecarga do cuidador. Os dados recolhidos foram introduzidos e tratados no SPSS-versão 12,0 e as questões abertas foram analisadas utilizando a técnica de investigação de análise de conteúdo segundo Vala (1990).

Neste sentido, verificámos a existência de sobrecarga no cuidador, estando esta relacionada com múltiplos fatores e significados atribuídos pelo cuidador relativamente à sua experiência de ser cuidador.

As intervenções planeadas foram: estabelecer de uma relação de ajuda em enfermagem com o cuidador e pessoa dependente, fornecer informação e participar na formação dos enfermeiros da UCC para avaliação de possíveis alterações na área de saúde mental ao cuidador, realizar uma sessão psicoeducativa com os cuidadores para partilha de experiências.

Posteriormente constatámos que os cuidadores se mostraram mais disponíveis para intervenções a nível individual e no seu domicílio que na sessão psicoeducativa.

A permanência da pessoa dependente no domicílio, proporciona a que a enfermagem em saúde mental a nível comunitário, seja uma realidade cada vez mais presente, levantando novos desafios aos profissionais de saúde que atuam na comunidade.

A aquisição e desenvolvimento de competências na área de especialidade de saúde mental e psiquiatria revelam-se fundamentais.

Palavras-Chave: Cuidador informal, Sobrecarga, Enfermagem de Saúde Mental, Comunidade.

ABSTRACT

This project aims to answer from the perspective of Mental Health Nursing and Psychiatry to informal caregiver burden in UCC on the south bank of the Tagus.

Currently prevails in our society an increasingly aging population and high prevalence of chronic diseases, not only the physical but mental.

Thus, we aimed to know what level of burden on existing informal caregivers in UCC project. Therefore, we used a design methodology, achieving a descriptive and exploratory cross, which allowed us to validate the diagnostic situation.

As an instrument of data collection we used the semi-structured interview and the application of caregiver burden scale. The collected data were entered and processed in SPSS version 12.0, and the open questions were analyzed using the technique of content analysis research second Vala (1990).

In this sense, we noticed the existence of the caregiver burden, this being related to multiple factors and meanings attributed by caregivers regarding their experience of being a caregiver.

Planned interventions were: to establish a supportive relationship with the nursing caregiver and the dependent person, provide information and participate in the training of nurses UCC to evaluate possible changes in the area of mental health caregivers, hold a session psychoeducational with caregivers to share experiences.

Later we found that caregivers were more available for interventions at individual and home to the psychoeducational session.

The permanence of the dependent person at home that provides mental health nursing at Community level, a reality that is increasingly present, posing new challenges to health care professionals who work in the community.

The acquisition and development of skills in the area of specialty mental health and psychiatry reveal themselves fundamental.

Keywords: Informal Caregiver, Overload, Mental Health Nursing, Community.

ÍNDICE

	Pág.
Introdução	23
PARTE I – Projeto De Intervenção Em Serviço	26
1.Problemática	26
2.Enquadramento Teórico	29
2.1.Cuidados Continuados.....	29
2.2.Cuidador Informal	32
2.3.Sobrecarga dos Cuidadores	34
2.4.Enfermagem De Saúde Mental e Psiquiatria.....	37
3.Caracterização Do Local De Estágio	38
3.1.Localização Geográfica	38
3.2.Caracterização Da População	39
3.3.População Inscrita Na Ucsp	41
4.Questão de Partida	42
5.Objetivos	42
6.Metodologia De Projeto	43
6.1.Fase de Elaboração do Diagnostico das Necessidades	43
6.1.1. Instrumento de Recolha de Dados.....	44
6.1.2. Tratamento dos Dados.....	47
6.1.3. Análise E Discussão Dos Resultados.....	50
6.1.3.1. Características sociodemográficas do cuidador informal.....	50
6.1.3.2. Características sociodemográficas da pessoa dependente	56
6.1.3.3. Motivos que levaram a ser cuidador	58
6.1.3.4. Dificuldade que sente na prestação de cuidados.....	60
6.1.3.5. Satisfação que sente pela prestação de cuidados.....	64
6.1.3.6. Modos da adaptação utilizados para ultrapassarem momentos difíceis durante a prestação de cuidados.....	66
6.1.3.7. Aspetos positivos/negativos da prestação de cuidados.....	69
6.1.3.8. Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)	76
6.1.4. Síntese do Diagnóstico de Necessidades	79
6.2.Planeamento da actividades	80
6.3.Implementação	81
6.4.Avaliação	83
6.5.Divulgação dos Resultados.....	84
7.Considerações Éticas.....	85
PARTE II –Projecto de Aprendizagem Clínica	87
8. Análise do Desenvolvimento De Competências do Enfº Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria	87
9. Análise do Desenvolvimento De Competências de Mestre em Enfermagem	97
Conclusão	101
Referências Bibliográficas	104
APÊNDICES	112
APÊNDICE I - Artigo PIS	
APÊNDICE II - Consentimento Informado	
ANEXOS	128
ANEXO I – Guião da Entrevista	
ANEXO II – Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 1 : PIRÂMIDE ETÁRIA DA POPULAÇÃO INSCRITA NAS UCSP	41
GRÁFICO 2 : IDADE DO CUIDADOR INFORMAL	50
GRÁFICO 3 : TIPO DE CUIDADOS PRESTADOS PELO CUIDADOR.....	54
GRÁFICO 4 : IDADE DA PESSOA DEPENDENTE	57

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
QUADRO 1: POPULAÇÃO RESIDENTE NO MUNICÍPIO DO PROJETO ENTRE 2001 E 2011	39
QUADRO 2 : ÍNDICE ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO DO PROJETO 2001	39
QUADRO 3 : ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA DE IDOSOS DA POPULAÇÃO DO PROJETO 2001.....	40

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
TABELA 1 : ESTADO CIVIL DO CUIDADOR INFORMAL	51
TABELA 2 : HABILITAÇÕES LITERÁRIAS E PROFISSÃO ATUAL DO CUIDADOR INFORMAL.....	51
TABELA 3 : GRAU DE PARENTESCO COM A PESSOA DEPENDENTE.....	52
TABELA 4 : TEMPO DE DEPENDÊNCIA DA PESSOA	52
TABELA 5 : HABITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL E PESSOA DEPENDENTE E TIPO DE FAMÍLIA DO CUIDADOR .	53
TABELA 6 : EXISTÊNCIA DE OUTRAS PESSOAS A CARGO DO CUIDADOR INFORMAL	53
TABELA 7 : NÚMERO DE DIAS E HORAS DE CUIDADOS PRESTADOS PELO CUIDADOR INFORMAL À PESSOA DEPENDENTE.....	54
TABELA 8 : AUXÍLIO RECEBIDO PELO CUIDADOR INFORMAL POR PARTE DE OUTROS MEMBROS DA FAMÍLIA ...	55
TABELA 9 : TIPO DE AJUDA PRESTADA POR OUTROS FAMILIARES	55
TABELA 10 : REDE DE SUPORTE FORMAL RECEBIDA PELO CUIDADOR INFORMAL.....	55
TABELA 11 : VALÊNCIA E CUIDADOS PRESTADOS POR REDE DE SUPORTE FORMAL À PESSOA DEPENDENTE	56
TABELA 12 : SEXO E ESTADO CIVIL DA PESSOA DEPENDENTE	56
TABELA 13 : GRAU DE DEPENDÊNCIA DA PESSOA DEPENDENTE.....	57
TABELA 14 : TIPO DE DEPENDÊNCIA DA PESSOA DEPENDENTE.....	57
TABELA 15 : TIPO DE DEPENDÊNCIA FÍSICA	58
TABELA 16 : MOTIVOS QUE LEVARAM A SER CUIDADOR	58
TABELA 17 : DIFICULDADE QUE SENTE NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	61
TABELA 18 : SATISFAÇÃO QUE SENTE PELA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	64
TABELA 19 : MODOS DE ADAPTAÇÃO UTILIZADOS PARA ULTRAPASSAREM MOMENTOS DIFÍCEIS DURANTE A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	66
TABELA 20 : ASPECTOS POSITIVOS/NEGATIVOS DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	69
TABELA 21 : NÚMERO DE RESPOSTAS E PERCENTAGENS DADAS PELOS CUIDADORES INFORMAIS ENTREVISTADOS	77

INTRODUÇÃO

O presente projeto advém da realização do estágio no contexto da Unidade Curricular Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria II e III, inserida no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, no Instituto Politécnico De Setúbal – Escola Superior de Saúde.

O Estágio decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade na margem sul do Tejo.

Os objetivos deste relatório de projeto visam dar a conhecer qual o nível de sobrecarga dos cuidadores informais, quais as intervenções planeadas, realizadas e resultados obtidos.

Neste sentido, foi desenvolvido um projeto na Unidade de Cuidados na Comunidade em questão, após verificação, da necessidade de intervir na comunidade junto do cuidador informal, atuando no sentido de diminuir a sobrecarga sentida pelo mesmo durante a prestação de cuidados.

Quaisquer cuidados de enfermagem prestados à pessoa/família constituem-se como um sistema de cuidados de saúde personalizados, imediatos, contínuos, globais e coordenados, que se dirigem às necessidades mais elementares dos doentes, fornecendo serviços preventivos, curativos e de reabilitação, no sentido de melhorar a sua saúde e o seu bem-estar. (Stanhope & Lancaster, 1999)

A Enfermagem Comunitária apresenta características próprias e fundamentais que servem de base à sua actuação aquando da prestação de cuidados, nomeadamente, deverão abranger todos os elementos da comunidade; oferecer assistência permanente, global e coordenada; ser acessível e idónea; ser eficaz na sua actuação e estabelecer uma ligação com os restantes serviços de saúde existentes. (Sobreira, 1981).

Tendo por base o princípio de que a saúde se constitui como o âmago da nossa vida, esta apresenta-se como um requisito essencial para se ser feliz e ter prazer em viver.

Assim, o uso regular dos cuidados de saúde, ajudam o utente a atingir uma melhor qualidade de vida e bem-estar.

Os Cuidados de Saúde Primários, integrados nos centros de saúde, fazem parte integrante do sistema de saúde. Estes proporcionam o primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e da comunidade aos cuidados de saúde existentes, permitindo a aproximação da assistência dos cuidados aos locais onde a população vive e trabalha. Este tipo de cuidados constitui-se igualmente como sendo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência de saúde.

As UCC emergem, deste modo, como que os “braços” pró-ativos do centro de saúde junto da comunidade, identificando pessoas, famílias e grupos em situação de maior necessidade e vulnerabilidade, reconhecem e mobilizam recursos de proximidade e recorrem aos apoios existentes no centro de saúde e no sistema de saúde.

A realização deste projeto, emergiu com o propósito de conhecer e analisar alguns dos fatores relacionados com a problemática da saúde mental nos cuidadores informais, para que os responsáveis pelos sistemas de saúde e apoio social, e em particular o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria a exercer funções nos serviços orientados para a comunidade, possam assim identificar as necessidades, elaborando diagnósticos e intervenções adequadas à manutenção e promoção da saúde e qualidade de vida de todos os envolvidos, já que o bem-estar dos cuidadores ir-se-á reflectir, necessariamente, no bem-estar dos que deles recebem cuidados.

A promoção da saúde mental deve ser uma prioridade para qualquer sistema de saúde, pois constitui-se como um pilar fundamental para a manutenção do equilíbrio social, podendo ser implementada em múltiplos contextos com ênfase para a comunidade. (Amaral, 2010)

Face ao exposto definimos como pergunta de partida **“Existe sobrecarga no cuidador informal, aquando da prestação de cuidados à pessoa dependente integrada na UCC do projeto?”**, sendo que o objetivo será conhecer o nível de sobrecarga dos cuidadores informais, aquando da prestação de cuidados à pessoa dependente integrada na UCC do projeto.

Para verificação do diagnóstico inicial utilizámos uma entrevista semi-estruturada ao cuidador informal que possibilitou a sua caracterização, assim como, da pessoa dependente. Recorremos ainda ao uso de uma escala de sobrecarga, nomeadamente, a versão Portuguesa da Escala de Sobrecarga do Cuidador.

O presente projeto está estruturado em duas partes que surgem após uma breve introdução. A primeira parte referente ao Projeto de Intervenção em Serviço que inclui a problemática, o enquadramento teórico, caracterização do local de estágio, questão de partida, objetivos, e a metodologia de projeto com as suas diferentes etapas, (diagnóstico, planeamento, implementação das intervenções, avaliação e divulgação dos resultados) e considerações éticas. A segunda parte refere-se à análise do desenvolvimento de competências na área de especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria e de Mestre em Enfermagem. Por fim será apresentada a conclusão onde constará a análise decorrente da realização deste projeto e se fará um balanço dos objetivos propostos, as dificuldades sentidas e as limitações do presente projeto.

Relativamente às referências bibliográficas, as mesmas foram elaboradas segundo as normas da American Psychology Association (APA).

PARTE I – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

1. PROBLEMÁTICA

Indo de acordo com a tendência do envelhecimento demográfico que se verifica nos dias de hoje, constata-se que as pessoas dependentes são cada vez mais idosas, assim como o seu cuidador informal.

Sequeira refere que “ *As estimativas sobre o envelhecimento demográfico vêm colocar também novos desafios às famílias. Estas têm um papel fundamental na assistência e na manutenção do idoso no seu contexto habitual. É necessário repensar novas formas de apoio, de modo a que cuidar de um idoso dependente não se transforme num “fardo”, mas, pelo contrário, constitua um momento de satisfação e de prazer.*” (Sequeira, 2010, p.32)

O envelhecimento é um processo fisiológico, evolutivo e inalterável em todos os seres vivos. O mesmo depende de fatores internos e externos à pessoa. Uma aceitação do próprio envelhecimento proporciona uma melhor capacidade de resposta adaptativa da pessoa aos desafios com que se vai deparando ao longo de todo este processo evolutivo.

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa dependente/família não ocorre exclusivamente numa instituição de saúde. Esta pode igualmente acontecer no domicílio da pessoa que carece de cuidados, quando as limitações ou condições de vida da mesma não permitem a sua deslocação ao centro de saúde para receber os cuidados que necessita e aos quais têm direito, bem como as suas necessidades não justificarem o seu internamento em meio hospitalar.

De acordo com Stanhope & Lancaster “*Os cuidados de saúde domiciliários são a componente de um continuado cuidado de saúde global em que os serviços de saúde são prestados aos indivíduos e familiares nos seus locais de residência com a finalidade de promover, manter ou recuperar a saúde, ou de maximizar o nível de independência*

enquanto se minimiza os efeitos da deficiência e doença incluindo a doença terminal.”
(Stanhope & Lancaster, 1999, p.882-883),

A prestação de cuidados de enfermagem neste âmbito possibilita ao enfermeiro desempenhar um papel mais abrangente e autónomo do que quando confinado aos limites físicos de uma instituição. O enfermeiro prestador de cuidados domiciliários trabalha com uma grande diversidade de pessoas/famílias e situações, precisando muitas vezes de ser criativo e flexível. (Ryce, 2001)

Deste modo, os cuidados domiciliários deveram ser planeados, coordenados e adequados às necessidades da pessoa e do respetivo suporte familiar, por profissionais de saúde capazes e competentes para tal.

A permanência da pessoa dependente no domicílio pode causar desequilíbrio no cuidador podendo originar perturbações mentais.

Deste modo, um enfermeiro especialista na área de Saúde Mental e Psiquiatria é fulcral para detectar possíveis alteração e evitar situações de crise e mesmo de ruptura intervindo de forma a aliviar a sobrecarga pessoal e familiar de quem presta cuidados. A antecipação da satisfação das necessidades do cuidador e o apoio ao mesmo podem prevenir situações de descompensação.

Muitas vezes os cuidados prestados pelos profissionais de saúde estão demasiado centrados na pessoa dependente, acabando o cuidador informal por ser um pouco esquecido. Os seus sentimentos, dúvidas e receios acabam por ser desvalorizados levando assim ao surgimento de sobrecarga.

Da percepção subjetiva dos profissionais de saúde da UCC e do nosso contacto com os cuidadores, nas visitas domiciliárias, sentíamos que o cuidar da pessoa dependente era desgastante e que poderia alterar a saúde e bem-estar do cuidador.

Contudo, a experiência de cuidar é subjetiva e única para cada pessoa, bem como, as dificuldades e nível de sobrecarga sentidas.

Neste sentido, para a realização do nosso projeto, a nossa pergunta de partida foi **“Existe sobrecarga no cuidador informal, aquando da prestação de cuidados à pessoa dependente integrada na UCC do projeto?”**.

Citando Fortin *“A questão deve ser actual, isto é, apropriada às interrogações do momento presente, pertinente para a prática profissional, e ter potencial de contribuir para a aquisição de novos conhecimentos. Além disso, deve apresentar um interesse para o investigador e o seu meio”*. (Fortin, 2000, p.58)

Consideramos este projeto de intervenção pertinente, na medida em que se pode contribuir para uma melhor percepção da alteração profunda da vida familiar quando um membro da sua família está dependente. Esperamos assim, facilitar os cuidados de enfermagem ao cuidador, para que este seja incluído num plano de cuidados, que tenha por base um modelo teórico de enfermagem, sustentando o seu valor imprescindível.

Qualquer projeto de investigação, só é possível ser delimitado, com a formulação de objetivos.

De acordo com Fortin, o objetivo *“(…) é o enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação”*. (Fortin, 2000, p.100)

Como objetivo geral deste projeto delimitámos:

- ✓ Conhecer o nível de sobrecarga dos cuidadores informais aquando da prestação de cuidados à pessoa dependente.

Quanto aos objetivos específicos definimos:

- ✓ Caracterizar socio-demograficamente o cuidador informal e a pessoa dependente integrados na UCC do projeto;
- ✓ Caracterizar o grau de dependência da pessoa dependente integrada na UCC do projeto;
- ✓ Conhecer as razões da pessoa integrada na UCC do projeto para assumir ser o cuidador informal;

- ✓ Conhecer as alterações da vida do cuidador integrado na UCC do projeto, quanto ao impacto da prestação de cuidados, relações interpessoais, expectativas face ao cuidar e percepção da auto-eficácia;
- ✓ Conhecer o tipo de cuidados prestados pelo cuidador;
- ✓ Identificar o nível de sobrecarga inerente aos cuidados;
- ✓ Identificar as dificuldades/necessidades do cuidador informal;
- ✓ Estabelecer uma relação de ajuda em enfermagem com o cuidador.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

“Conceptualizar refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção clara e organizada do objecto de estudo” (Fortin; 2000, p. 39).

Nesta fase do projeto realizou-se uma revisão bibliográfica, pertinente para o tema do projeto, onde abordamos os conceitos de cuidados continuados, cuidador informal, sobrecarga dos cuidadores e Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

2.1. Cuidados Continuados

Atendendo à realidade que impera atualmente na nossa sociedade, e ao facto da população apresentar-se cada vez mais envelhecida e com forte prevalência de doenças crónicas, a criação de redes de suporte surge como uma necessidade eminente. Hoje envelhecer com saúde, autonomia e independência, até mais tarde, constitui um desafio à responsabilidade quer individual, quer coletiva, cuja tradução é significativa no desenvolvimento económico de todos os países.

Neste âmbito despontam os cuidados continuados, com o intuito de dar resposta às necessidades atuais da população, promovendo a qualidade de vida das pessoas e suas famílias.

Segundo Sorensen e Luckmann (1998) este tipo de cuidados exige capacidades para a avaliação inicial, a manutenção e a promoção da saúde, os cuidados de recuperação, os cuidados de reabilitação e os cuidados terminais.

Os Cuidados Continuados em Enfermagem devem ser prestados sempre que a pessoa apresente condições de dependência física, mental e/ou social, de maior ou menor grau. A prestação deste tipo de cuidados visa colmatar uma lacuna, no que refere, à escassez de respostas adequadas que satisfaçam as necessidades de cuidados de saúde decorrentes de uma situação prolongada.

O objetivo principal, definido nos Programas de Saúde Portugueses, foi e continua a ser, o de prolongar a vida em qualidade, onde é igualmente referenciada a problemática dos membros mais velhos na sociedade de hoje. O envelhecimento da população, originando modificações da sua estrutura etária, e a atual organização da sociedade, constituem importantes desafios para os indivíduos, famílias e sociedades.

A população idosa apresenta taxas de morbilidade mais elevadas e níveis de capacidade funcional mais baixas, pelo que são propícios a serem grandes consumidores de cuidados de saúde, assim como, de apoio familiar e social.

Tendo em atenção as necessidades da população idosa, são necessárias mais do que políticas, são essenciais políticas activas.

O despacho conjunto nº 407/98, de 18 de Julho, do Ministério da Saúde e do Trabalho e solidariedade possibilitou o lançamento de intervenções articuladas de apoio social e de cuidados de saúde continuados, dirigidos às pessoas em situação de dependência.

Este despacho está na base da criação dos Cuidados Continuados, a prestação de cuidados no domicílio e no ambulatório aparece de forma mais humanizada de resposta, exigindo o estabelecimento de redes sociais de apoio integrado que garantam a efetiva

continuidade dos cuidados necessários, que se pretendem globais. Tais mecanismos envolvem a colaboração de diversos parceiros sociais e exigem o envolvimento do estado, como principal incentivador da acção, fazendo convergir esforços no apoio aos diversos agentes interessados.

Assim, foram adotadas orientações nacionais para o nível regional, tendo em conta as especificidades e os problemas mais presentes, sendo que foram para o devido efeito constituídas as equipas multidisciplinares a partir de cada unidade de saúde, e desenvolvem desde a sua formação, contactos e reuniões com responsáveis de instituições com as quais necessitam de se articular, dando origem às parcerias. Sendo que as equipas responsáveis pelos projetos, atuam na preparação e celebração de protocolos de âmbito territoriais / concelhio com os diversos parceiros sociais, interessados neste processo.

A abordagem dos Cuidados Continuados, por parte da ARSLVT, é então desenvolvida a partir de uma solução organizativa integrada das unidades funcionais de saúde (Centros de Saúde e Hospitais), órgãos autárquicos (Câmara Municipal e Juntas de Freguesia) e outras entidades locais, como sejam misericórdias, PSP, Bombeiros Voluntários; paróquias e diversas organizações não-governamentais que queiram aderir a estes projectos.

Cada instituição envolvida no mesmo, desenvolveu um subprojeto local, de forma a definir e implementar melhor as estratégias estabelecidas. Este projeto traduz-se, por uma maior cooperação intersectorial a nível local, criando a possibilidade de definir, tipificar e implementar as respostas e apoio mais adequados às necessidades das populações alvo.

Legalmente, em Novembro de 2003 foi aprovado o Decreto- lei 281/2003, que cria a Rede de Cuidados Continuados e integra 3 unidades “Unidade de internamento”, “Unidade de recuperação global” e “Unidade Móvel domiciliária”. Segundo o mesmo, esta rede deve ser: “ *Constituída por todas as entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas à prestação de cuidados destinados a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem estar e o conforto dos cidadãos necessitados dos mesmo em consequência da doença crónica ou degenerativa, ou por qualquer outra razão física ou*

psicológica susceptível de causar a sua limitação funcional ou dependência de outrem, incluindo o recurso a todos os meios técnicos e humanos adequados ao alívio da dor e do sofrimento, a minorar a angústia e a dignificar o período terminal de vida.”

Este despacho revoga o anterior despacho conjunto 407/98, no que respeita à introdução de entidades privadas no sector da saúde.

Em Março de 2006 o Conselho de Ministros aprovou o Decreto-lei 101/2006 que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde a Idosos e Dependentes, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

O Decreto-lei 101/2006 de 6 Junho, artigo 27º caracteriza as Equipas de Cuidados Continuados Integrados como:

“1—A equipa de cuidados continuados integrados é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social

para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.

2—A avaliação integral referida no número anterior é efectuada em articulação com o centro de saúde e a entidade que presta apoio social.

3—A equipa de cuidados continuados integrados apoia-se nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada centro de saúde, conjugados com os serviços.”

2.2. Cuidador Informal

O cuidador informal, é qualquer pessoa, familiar ou não, que se responsabiliza pela assistência da pessoa dependente no seu dia-a-dia, na promoção da sua qualidade de vida, garantindo que as suas necessidades diárias são satisfeitas. São pessoas que

desempenham esta função numa base informal, sem formação profissional prévia ou qualquer vínculo contratual e sem qualquer tipo de remuneração.

Boof menciona que *“Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais do que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afectivo com o outro.”* (Boof, 2008, p.33)

Lage (2005) citado por Sequeira afirma que *“A função do cuidar ao longo do tempo tem estado vinculada essencialmente à família.”* (Sequeira, 2010, p.159)

Ao longo do tempo, com o aumento da esperança média de vida e doenças crónicas, a família tem vindo a desempenhar um papel de extrema importância na continuação da prestação de cuidados.

A escolha do cuidador relaciona-se principalmente com a história pessoal e familiar da pessoa dependente, bem como nos contextos sociais e culturais onde está inserida. (Sequeira, 2010)

Vários estudos indicam que para muitos idosos viverem e permanecerem na sua própria casa é um dos valores mais significativos, querendo ser atendidos no domicílio e dão à família um papel central nesses cuidados. (Laroz, 2009)

Verifica-se, assim que o papel e responsabilidade do cuidador informal tem vindo a aumentar ao longo dos tempos.

Pereira (2011) refere que os cuidadores informais preenchem as lacunas dos serviços oficiais de saúde, providenciando, no contexto Europeu, cerca de 80% de todos os cuidados prestados à pessoa dependente. O papel desempenhado pelo cuidador é complexo e excede o auxílio à pessoa na realização das suas atividades de vida diárias. Os cuidadores assumem um papel de extrema responsabilidade sendo muitas vezes os primeiros a detetar alterações na pessoa. Desta forma assumem-se como parceiros dos serviços de saúde.

No Brasil estudos demonstram que, o estado assume responsabilidades reduzidas face à pessoa dependente, projetando no cuidador o dever de assegurar os cuidados à pessoa no seu seio familiar. (Vieira et al, 2009)

2.3. Sobrecarga dos Cuidadores

No que concerne ao nível de sobrecarga do cuidador, este aspeto está diretamente relacionado com as necessidades da pessoa dependente, com o estado físico e mental do cuidador, assim como da sua capacidade em lidar com a situação e resolver os problemas inerentes ao cuidar.

Estudos realizados no Chile revelaram que os principais fatores que influenciam o nível de sobrecarga no cuidador são a idade e género do cuidador, os problemas de saúde que afetam o cuidador, principalmente a ansiedade e depressão, o grau de dependência da pessoa, os recursos económicos, a falta de conhecimentos do cuidador e a falta de apoio formal e informal. (Laroz, 2009)

Outros dados permitem constatar que o cuidar de pessoas com alterações cognitivas, de comportamento e de humor estão associados a níveis mais elevados de sobrecarga no cuidador. (Sequeira, 2010)

Neste sentido, o tipo e grau de dependência da pessoa têm influencia direta na sobrecarga sentida pelo cuidador informal.

Santos (2003) citado por Sequeira refere que *“(...) no contexto do idoso dependente com demência, os aspectos que provocam uma maior sobrecarga estão relacionados com “necessidade de repetir as mesmas coisas”, “dar frequentemente as mesmas orientações”, “ser paciente”, “compreender as atitudes e comportamentos do idoso” e “lidar com as alterações a nível de comportamento a nível social”*”. (Sequeira, 2010, p.311)

Sequeira (2010) acrescenta ainda que relativamente ao cuidar de um idoso com demência está associado um desgaste físico e mental do cuidador, o que se traduz num aumento da sobrecarga.

Estudos indicam que sem suporte e a devida orientação à prestação de cuidados, o cuidador é sobrecarregado e pode inclusivamente adoecer. (Cardoso et al, 2011)

Outros estudos internacionais, como, no estudo EUROCARE (Schneider e col., 1999) e no estudo ALOIS (Alonso e col., 2004) citado por Sequeira (2010) demonstram que outros itens são responsáveis pela sobrecarga, tais como, a “falta de tempo”, “ a tensão”, “ a dependência constante do familiar”, “ o receio pelo futuro” e “ as restrições na vida social”.

A enfermagem apresenta assim uma forma distinta de olhar os fenómenos dependendo dos interesses que são significativos para o estudo a realizar.

Nas suas ações, o enfermeiro baseia-se em modelos teóricos. A importância dos mesmos emerge na orientação, apreciação, planeamento, execução e avaliação dos cuidados.

No que concerne à realização deste projeto consideramos a definição de enfermagem de Meleis (1994), onde as ações de enfermagem emergem como facilitadoras dos processos de transição, visando o bem-estar e qualidade de vida da pessoa.

Sequeira citando Meleis e Trangenstein (1994) menciona que a transição “*é a passagem de uma fase da vida, condição ou de um estado para o outro. Refere-se tanto ao processo como ao resultado de um complexo de interações entre a pessoa e o ambiente.*” (Sequeira, 2010, p.39)

A forma como o cuidador vive e encara este processo de transição relaciona-se posteriormente com a sobrecarga sentida na prestação de cuidados à pessoa dependente.

Lopes (2006) citando Schumacher e Meleis (1994) refere que se pode falar em três tipos de transição, nomeadamente, de desenvolvimento, situacional e de saúde/doença.

Schlossberg (1981) citado por Sequeira acrescenta que as transições podem assumir diferentes tipologias “*Acontecimentos antecipados, esperados, previstos, por exemplo reforma; Acontecimentos não antecipados, imprevistos, por exemplo doença,*

acidente ou dependência; Ausência de acontecimento, quando se prepara algo que não acontece, por exemplo casamento de um filho.” (Sequeira, 2010, p.39-40)

Relativamente à transição para um estado de dependência, a mesma caracteriza-se como um processo complexo, multidimensional e multicausal. (Sequeira, 2010)

A transição pode ocorrer de forma saudável surgindo como uma oportunidade de crescimento, desenvolvimento de conhecimentos e capacidades, criação de novas escolhas, ou por outro lado, como deterioração, quando a pessoa não se consegue reorganizar, mantém expectativas irrealistas, agarra-se a rotinas antigas, evita novos conhecimentos, limita as suas escolhas.

O papel do enfermeiro torna-se essencial à pessoa dependente e ao cuidador que vivenciam um processo de transição, permitindo-lhes a segurança e confiança necessária para ultrapassar a crise.

No desenvolvimento da sua prática profissional, o enfermeiro utiliza o processo de enfermagem, que Lopes diz ser “ *(...) o processo de raciocínio clínico do enfermeiro.*” (Lopes, 2006, p.85)

Este processo de enfermagem é composto por cinco etapas relacionadas entre si, Investigação, Diagnóstico, Planeamento, Implementação e Avaliação.

As intervenções terapêuticas segundo Lopes citando Meleis (1997), “*São o conjunto de intervenções específicas de enfermagem e com potencialidades terapêuticas demonstradas*”. (Lopes, 2006, p. 85)

O autor supramencionado, citando Meleis e Transgenstein (1994) acrescenta que “ *(...) Enfermagem consiste na facilitação dos processos de transição, no sentido de se alcançar uma maior sensação de bem-estar.*” (Lopes, 2006, p.93)

2.4. Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

As definições de saúde mental estão intimamente ligadas num *continuum* com as definições de doença mental. (Neeb, 2000)

Townsend citando a American Psychiatric Association (1980) define saúde mental como “... *sucesso simultâneo no trabalho, amor e criação, com a capacidade de resolução madura e flexível de conflitos entre instintos, consciência, outras pessoas importantes e a realidade.*” (Towsend, 2002, p.15)

A enfermagem, como profissão, emergiu no final do século XIX, contudo, a enfermagem psiquiátrica iria surgir apenas no século XX com papéis e funções próprias. O papel da enfermeira psiquiátrica começou assim a surgir no início da década de 50. (Stuart e Laraia, 2001).

Stuart & Laraia definem enfermagem psiquiátrica como sendo “... *um processo interpessoal que deve promover e manter um comportamento no paciente, contribuindo para o seu funcionamento integrado. Este paciente pode ser considerado um indivíduo, família, um grupo, organização ou comunidade.*” (Stuart e Laraia, 2001, p.36)

A Associação Norte-americana de Enfermagem na declaração sobre a prática de Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental define Enfermagem Psiquiátrica como “(...) *a área especializada da prática de enfermagem que emprega as teorias do comportamento humano como a sua ciência e o uso apropriado de si como arte.*” (Stuart e Laraia, 2001, p.36)

O enfermeiro especialista na área da saúde mental além das suas competências gerais detém ainda competências específicas.

As competências específicas do enfermeiro, de acordo com o Artigo 4.º do regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental da ordem dos enfermeiros (2010), são: a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto — conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional; b) Assiste a pessoa ao longo do

ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental; c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto; d) Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

3. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Neste capítulo apresentamos o local de estágio onde foi desenvolvido o presente projeto.

Assim fazemos referência à localização geográfica, à caracterização da população e à população inscrita na UCSP.

3.1. Localização Geográfica

Tal como mencionado anteriormente, o projeto em questão foi desenvolvido numa UCC na margem sul do Tejo.

A UCC abrange dois Concelhos, um que apresenta uma área aproximada de 347 Km², geograficamente dividida em duas partes: Parte Oeste com uma área aproximada de 56,3 Km² e Parte Este com uma área aproximada de 291,7 Km². O outro Concelho tem uma área próxima de 128,5 km². De acordo com os Censos 2011 a população residente do maior Concelho é de 51222 e a do menor é de 17569.

Para este projeto consideramos apenas a população do Concelho com a área de 347 Km², pelo facto dos seus habitantes serem em maior número e, pelo que

provavelmente poderá não existir tanta proximidade com os vizinhos nem hábitos de entreajuda.

3.2. Caracterização da População

Segundo os resultados dos Censos, a população de 2001 para 2011 aumentou, passando de 39168 para 51222 habitantes. Como é possível constatar no quadro 1.

Local de residência	População residente (N.º) por Local de residência e Sexo; Decenal					
	Período de referência dos dados					
	2011			2001		
	Sexo					
	HM	H	M	HM	H	M
	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º
	51 222	24 723	26 499	39 168	18 850	20 318
População residente (N.º) por Local de residência e Sexo; Decenal - INE, Censos - séries históricas						

População residente (N.º) por Local de residência e Sexo; Decenal - INE, Censos - séries históricas

Última atualização destes dados: 20 de novembro de 2012

Quadro 1: População Residente no Município do Projeto entre 2001 e 2011

Fonte: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_indicador&contexto=ind&indOcorrCod=0005889&selTab=tab10

De acordo com o INE, em 2001, a população apresentava um índice de envelhecimento, de 115,5 idosos por cada 100 jovens (Quadro 2).

Local de residência (à data dos Censos 2001)	Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2001); Decenal	
	Período de referência dos dados	
	2001	
	N.º	
	115,5	

Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2001); Decenal - INE, Recenseamento da População e Habitação

Quadro 2 : Índice envelhecimento da População do Projeto 2001

Fonte: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_indicadores&pcensospagenumber=16

A mesma fonte indica ainda que o índice de dependência de idosos (determina a relação existente entre a população idosa e a população activa) é de 25,6 (Quadro 3).

Local de residência (à data dos Censos 2001)	Índice de dependência de idosos (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2001); Decenal
	Período de referência dos dados
	2001
	N.º
	25,6

Índice de dependência de idosos (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2001); Decenal - INE, Recenseamento da População e Habitação

Quadro 3 : Índice de dependência de idosos da População do Projeto 2001

Fonte: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_indicadores&pcensospagnumber=16

Dados do plano de acção da UCC em questão acrescentam, relativamente a este último indicador um aumento, passando o seu valor, em 2008 para 27,9.

Analisando o índice de longevidade, ou seja, indicador que possibilita caracterizar o envelhecimento de uma população, pois dá o número de pessoas com 75 ou mais anos por cada 100 pessoas com 65 ou mais anos de idade, os Censos 2001 demonstram que por cada 100 pessoas com 65 ou mais anos de idade existiam 39,8 pessoas com idades iguais ou superiores a 75 anos.

Este valor coloca-nos, ligeiramente acima da AML Sul e abaixo da AML e do Continente, que para o mesmo período registaram, respectivamente 38,2, 40,8 e 42,0 pessoas com 75 ou mais anos de idade por cada 100 pessoas com 65 ou mais anos de idade.¹

No ano de 2008 o índice de longevidade da população no Concelho do projeto foi de 43,2.

¹ Plano de ação UCC do projeto 2011

3.3. População Inscrita na UCSP

De acordo com dados do plano de acção da UCC (2011), em Outubro de 2010, estavam inscritos 53158 indivíduos nas UCSP existentes no concelho em questão, dos quais 48% são do sexo masculino e 52% do sexo feminino.

Visualizando o Gráfico 1, Pirâmide Etária da população inscrita em 2010, indica-nos uma população adulta com tendência para o envelhecimento, onde se observa que o vértice da pirâmide (grupo com + de 65 anos) é mais representativo que a base (grupo dos 0-14 anos)

Dai que a intervenção da UCC nestes grupos etários seja vital para obter ganhos em saúde.

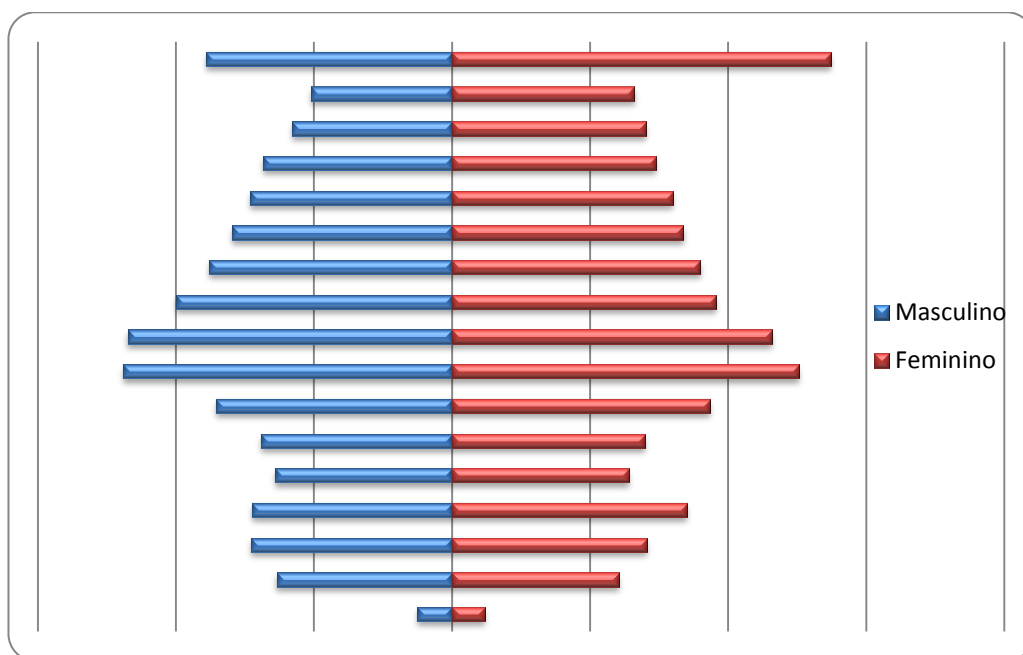


Gráfico 1 : Pirâmide Etária da População Inscrita nas UCSP

Fonte. Plano de acção UCC do projeto 2011

4. QUESTÃO DE PARTIDA

No confronto entre o conhecimento da população do projeto e a exploração da literatura surge a seguinte questão: **“Existe sobrecarga no cuidador informal, aquando da prestação de cuidados à pessoa dependente integrada na UCC do projeto?”**

5. OBJETIVOS

Para o nosso projeto definimos como objetivo geral:

- ✓ Conhecer o nível de sobrecarga dos cuidadores informais aquando da prestação de cuidados à pessoa dependente.

Como objetivos específicos definimos:

- ✓ Caracterizar socio-demograficamente o cuidador informal e a pessoa dependente integrados na UCC do projeto;
- ✓ Caracterizar o grau de dependência da pessoa dependente integrada na UCC do projeto;
- ✓ Conhecer as razões da pessoa integrada na UCC do projeto para assumir ser o cuidador informal;
- ✓ Conhecer as alterações da vida do cuidador integrado na UCC do projeto, quanto ao impacto da prestação de cuidados, relações interpessoais, expectativas face ao cuidar e percepção da auto-eficácia;
- ✓ Conhecer o tipo de cuidados prestados pelo cuidador;
- ✓ Identificar o nível de sobrecarga inerente aos cuidados;
- ✓ Identificar as dificuldades/necessidades do cuidador informal;
- ✓ Estabelecer uma relação de ajuda em enfermagem com o cuidador.

6. METODOLOGIA DE PROJETO

A metodologia de projeto visa a resolução de problemas e proporciona a aquisição de capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real. (Ruivo et al, 2010)

Guerra afirma que este tipo de metodologia “... constitui a ponte teoria / prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico curricular, para depois ser aproveitado para a implementação de um trabalho de características pragmáticas, concretas e reais.” (Guerra, 1994, p.4)

6.1. Fase de Elaboração do Diagnóstico de Necessidades

A realização do diagnóstico de situação, segundo Ruivo et al visa “(... a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende actuar e mudar.” (Ruivo et al, 2010, p.10)

Tal como já foi mencionada, para este projeto consideramos apenas a população do Concelho com a maior área, pelo facto dos seus habitantes serem em maior número, o que leva à provável não existência de tanta proximidade com os vizinhos nem hábitos de entreaajuda.

Quanto à amostra, consideramos uma amostra de $n=20$, tendo como critérios de inclusão:

- ✓ Ser cuidador informal principal;
- ✓ Não ser remunerado;
- ✓ Aceitar participar no projeto;
- ✓ Estar integrado na UCC do projeto.

Como critérios de exclusão definimos:

- ✓ Não ser cuidador principal;
- ✓ Ser remunerado;
- ✓ Não aceitar participar no projeto;
- ✓ Não estar integrado na UCC do projeto.

No presente projeto, utilizamos uma amostra não probabilística por conveniência, devido à disponibilidade dos cuidadores escolhidos. Carmo & Ferreira mencionam “*Na amostragem de conveniência utiliza-se um grupo de indivíduos que estiver disponível ou um grupo de voluntários. (...) cujos resultados obviamente não podem ser generalizados à população à qual pertencem o grupo de conveniência, mas do qual poderão obter informações preciosas, embora não as utilizando sem as devidas cautelas e reservas*”. (Carmo & Ferreira, 1998, p. 197)

A provável existência de sobrecarga nos cuidadores informais e a necessidade de intervenção para com os mesmos, emergiram do contacto e percepção empírica dos enfermeiros da UCC do projeto, com os cuidadores durante a visita domiciliária.

Neste sentido foram recolhidas informações junto do cuidador, que validassem a existência, ou não, de sobrecarga e quais as suas necessidades.

6.1.1. Instrumento de Recolha de Dados

Relativamente à técnica de recolha de dados, os métodos utilizados foram a Entrevista semi-estruturada com elaboração prévia de um guião (Anexo I) e a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) (Anexo II).

A entrevista como instrumento de colheita de dados, possibilita colher informação relativa a factos, ideias, comportamentos, preferências, sentimentos ou expectativas, que se fundamentam em relatos das pessoas entrevistadas. Deste modo, a

informação recolhida, refere-se apenas aos dados concedidos pelos próprios entrevistados.

Para Anderson (1990), citado por Neeb a entrevista *“é o método principal de colheita de dados que se utiliza na área da saúde”* (Neeb, 2000, p. 120).

Neeb acrescenta *“É importante que a colheita de dados se dirija à pessoa como um todo. Os dados recolhidos, através da entrevista enfermeiro-utente, relativamente aos pensamentos e sentimentos são tão importantes como aqueles que se obtêm pelo exame físico”*. (Neeb, 2000, p.121)

A utilização da entrevista, possibilita uma maior liberdade de expressão de sentimentos levando a uma melhor percepção dos comportamentos dos sujeitos face a situações particulares. Contudo, é importante salientar o facto da entrevista poder constituir um “embaraço” para algumas pessoas com preferência, em transmitir os seus sentimentos por escrito.

A condução da entrevista pode ser abordada de diferentes modos, podendo ser, estruturada, semi-estruturada ou não-estruturada.

Neste projeto, optámos pela entrevista semi-estruturada, pois esta admite uma maior flexibilidade, em que o entrevistador pode esclarecer o significado das perguntas, ter acesso às perceções das pessoas com um certo grau de profundidade sem que seja necessário muitas perguntas precisas.

Tendo por base a bibliografia consultada, procedemos previamente à construção de um guião da entrevista, que nos proporcionou linhas orientadoras para a execução da mesma, no sentido de obtermos informação que vai de encontro com os objetivos do presente projeto. O respetivo guião ajuda o entrevistador a direcionar a entrevista, escutando o entrevistado e mantendo-o centrado sobre a problemática do projeto.

No decorrer das entrevistas, as mesmas foram registadas no ato, escrevendo as respostas dadas pelos entrevistados.

Quanto ao uso da Escala de Sobrecarga do Cuidador, esta foi traduzida e adaptada para a população Portuguesa por Sequeira (2007), a partir da *Burden Interview Scale* de Zarit.

A ESC é constituída por 22 questões permitindo avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador (Sequeira, 2010). Estes itens dão informações sobre o cuidador relativamente a saúde, vida social e pessoal, situação financeira e emocional, assim como, tipo de relacionamento com a pessoa dependente. (Sequeira, 2010)

Cada item é avaliado que forma qualitativa/quantitativa, variando entre Nunca (1), Quase nunca (2), Às vezes (3), Muitas vezes (4) e Quase sempre (5).

A pontuação global da escala obtém-se somando todos os itens e oscila entre os 22 e 110. (Sequeira, 2010)

Assim, consoante a pontuação existe um diferente nível de sobrecarga (Sequeira, 2010):

Pontuação	Sobrecarga
< 46	Sem sobrecarga
46-56	Sobrecarga ligeira
>56	Sobrecarga intensa

Durante a colheita de dados, as perguntas foram colocadas de forma simples e de fácil perceção, sendo clarificadas quando necessário, permitindo desta forma que o entrevistado pudesse livremente expressar a sua opinião.

A recolha dos dados decorreu no período de 26 Setembro 2011 a 8 de Fevereiro de 2012 aquando das visitas domiciliárias, tendo uma pausa letiva entre 16 de Dezembro 2011 a 4 Janeiro 2012.

6.1.2. Tratamento dos Dados

Após o *terminus* do período de recolha dos dados foi construída uma base de dados no programa SPSS-versão 12.0, o que nos permitiu, o tratamento estatístico dos mesmos, e a sua análise informática.

As questões abertas foram analisadas através da análise qualitativa, utilizando a técnica de investigação de análise de conteúdo, sendo que a sua descrição tem significado para o problema em causa e reproduz fielmente a realidade dos factos.

Os métodos de análise dos dados variam consoante o tipo de estudo, a técnica de amostragem e a complexidade dos métodos de colheita de dados utilizados. Deste modo, se o método de colheita de dados for qualitativo, seja semi-estruturado ou não estruturado deve-se recorrer à análise de conteúdo. (Fortin, 2000)

Para o nosso projeto optamos pela análise de conteúdo segundo Vala (1990). O autor define este método como uma técnica de tratamento de informação com atribuição de traços de significação ao discurso a analisar.

Amado, citando Berelson (1954) acrescenta que a análise de conteúdo na sua essência “(...) trata-se de uma técnica que procura “arrumar” num conjunto de categorias de significação o «conteúdo manifesto» dos mais diversos tipos de comunicações (...). (Amado, 2000, p. 53)

Após definirmos os objetivos do projeto e elaborado um quadro de referência teórico, surgiu a necessidade de constituir o “corpus” da análise. O “corpus” da análise é constituído pelo material a analisar, caso este tenha sido produzido com vista à pesquisa que o analista se propõe analisar. Caso contrário, se os documentos-fonte susceptíveis de permitir o estudo do problema foram produzidos independentemente da pesquisa do analista, este procede habitualmente a uma escolha e seleção de documentos com base em critérios que explicitará. (Vala, 1990)

Realizar o tratamento dos dados, é codificá-lo. Para Bardin (1977), citado por Amado a codificação é *“o processo pelo qual, os dados brutos são transformados e agregados em unidades que permitem uma descrição exacta das características relevantes do conteúdo.”* (Amado, 2000, p. 55)

As fases de codificação frequentemente consideradas na prática da análise de conteúdo, são a categorização, a determinação de unidades de registo, de unidades de contexto e de unidades de enumeração. (Vala, 1990)

Assim, na categorização são definidas categorias. *“As categorias são os elementos chave do código do analista.”* (Vala, 1990, p. 110) e visam dar significado ao que se quer aprender.

De acordo com Amado *“ A palavra-chave que traduz a categoria deve ser escolhida de modo a representar, com exaustividade e precisão, o sentido dos indicadores (...) que explicitam as características da comunicação a abranger nessa mesma categoria.”* (Amado, 2000, p. 57)

Vala (1990) afirma que as categorias podem ser definidas *à priori* ou *à posteriori*, ou ainda pela combinação dos dois processos. No nosso projeto as categorias foram definidas *à posteriori*.

Tal como já mencionado, a análise de conteúdo requer a definição de três tipo de unidade, nomeadamente, unidade de registo, unidade de contexto e unidade de enumeração. (Vala, 1990)

A unidade de registo *“ (...) é o segmento determinado de conteúdo que se caracteriza colocando-o numa dada categoria.”*. (Vala, 1990, p.110). O autor identifica dois tipos de unidades: formais e semânticas. *“No primeiro caso, podemos incluir a palavra, a frase, uma personagem, a intervenção de um locutor numa discussão, uma interacção ou ainda um item. No segundo caso, a unidade mais comum, é o tema ou unidade de informação.”* (Vala, 1990, p. 114)

A unidade de contexto define-se, segundo Vala, como *“(...)“ o segmento mais longo do conteúdo do analista examina quando caracteriza uma unidade de registo. A*

dimensão da unidade de contexto depende do tipo de unidade de registo que se escolheu.” (Vala, 1990, p. 114)

Amado acrescenta que a unidade de contexto “(...) *permite apreender o significado exacto da unidade de registo, sem que se deixem de revelar as opiniões, atitudes e preocupações dos seus autores.*” (Amado, 2000, p. 56)

A unidade de enumeração caracteriza-se como “(...) *a unidade em função da qual se procede à quantificação.*” (Vala, 1990, p. 115)

As unidades de enumeração podem ser classificadas como geométricas ou aritméticas. (Vala, 1990). O autor salienta que “*A escolha das unidades de enumeração deve ser cuidadosamente ponderada, pois diferentes tipos de unidades podem conduzir a diferentes resultados.*” (Vala, 1990, p. 115)

No presente projeto utilizamos as unidades aritméticas que “*permitem contar a frequência de uma categoria, a intensidade de uma atitude a tal ou tal objecto, o tempo de antena ou o número de imagens consagrado a tal ou a tal conteúdo, etc*” (Vala, 1990: 115).

Após a leitura do “*corpus*” da análise, procedemos à transcrição de unidades de registo de todas as entrevistas, em que as mesmas foram agrupadas consoante o significado.

Posteriormente, construímos uma grelha de análise por temas, através de um processo de categorização, de forma a permitir a transformação da informação obtida nas entrevistas, de acordo com o sistema de identificação prévia da informação (unidades de registo), apoiando-nos sempre nos objetivos definidos e no enquadramento teórico.

6.1.3. Análise e Discussão Dos Resultados

6.1.3.1. Características sociodemográficas do cuidador informal

Caracterizando sociodemograficamente o cuidador, constatamos que todos os cuidadores informais entrevistados são todos do sexo feminino. Segundo vários estudos, os cuidados informais são prestados essencialmente por mulheres (Pereira,2011; Sequeira, 2010, Ricarte, 2009), sendo que, em contexto europeu, são as mulheres que asseguram 2/3 dos cuidados à pessoa dependente. (Pereira, 2011)

As idades apresentadas situam-se entre os 52 e os 82 anos de idade, sendo que a média são os 65 anos de idade. (Gráfico 2). De facto, e segundo Pereira (2011), estudos apontam que a maioria dos cuidadores apresenta uma faixa etária acima dos 50 anos de idade. Outros estudos referem ainda a existência de faixas etárias superiores aos 60 anos de idade.

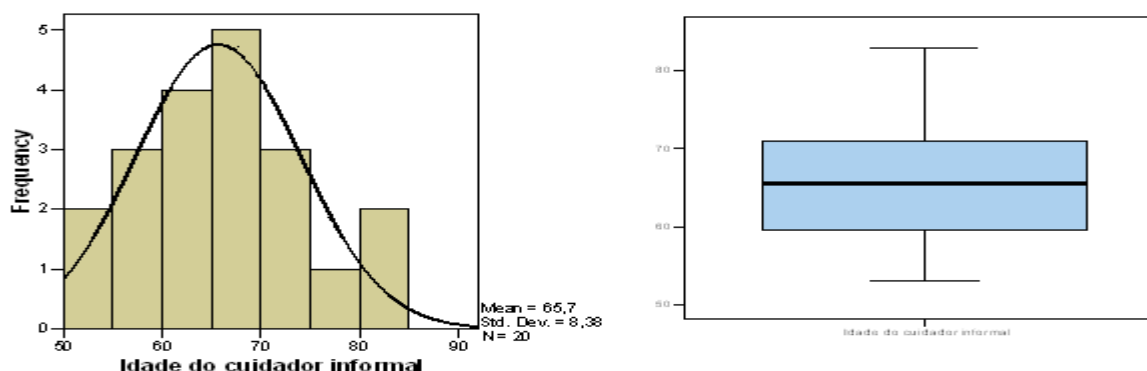


Gráfico 2: Idade do cuidador informal

Relativamente ao estado civil do cuidador, podemos inferir, na Tabela 1, que a maioria são casadas (60%), este dado vai de encontro a estudos anteriormente realizados (Bris, 1994; Martins, Ribeiro e Garrett, 2003). 25% são viúvas, 10% divorciadas e 5% solteiras.

		Nº	%
Estado civil	Casada	12	60%
	Solteira	1	5%
	Viúva	5	25%
	Divorciada	2	10%

Tabela 1 : Estado civil do cuidador informal

Pela análise da Tabela 2, constatámos que, no que concerne às habilitações literárias, 70% dos cuidadores têm o 1º ensino básico (4ª classe) indo assim em conformidade com outros estudos (Mendonça, 2000; Martins, Ribeiro e Garrett, 2003), 10% referem outro tipo de habilitações literárias, nomeadamente a 3ª classe, 5% apresentam-se sem escolaridade, 5% sabe apenas ler e escrever sem ter frequentado a escola, 5% referem ter o 3º ciclo do ensino básico (3ª classe) e 5% afirmam ter o ensino superior.

Na Tabela 2, abaixo, observa-se ainda informações relativas à profissão atual do cuidador, onde se destaca, em 70% dos casos, o cuidador ser reformado, dado constatado em outros estudos (Bris,1994; Martins, Ribeiro e Garrett, 2003; Almeida,2005), 10% são domésticas e com 5% surgem professora, auxiliar de lar, relações públicas e comerciante.

		Nº	%
Habilitações Literárias	Sem escolaridade	1	5,0%
	Sabe ler e escrever	1	5,0%
	1º Ciclo ensino básico (4º classe)	14	70,0%
	2º Ciclo ensino básico (ensino preparatório)	0	0%
	3º Ciclo ensino básico (9º ano)	1	5,0%
	Ensino secundário (12º ano)	0	0%
	Ensino superior	1	5,0%
	Outro	2	10,0%
Profissão atual	Domestica	2	10,0%
	Reformada	14	70,0%
	Professora	1	5,0%
	Auxiliar de lar	1	5,0%
	Relações públicas	1	5,0%
	Comerciante	1	5,0%

Tabela 2 : Habilitações literárias e Profissão atual do cuidador informal

O grau de parentesco é outro factor relevante, onde a responsabilidade de cuidar recai essencialmente e primeiramente na esposa, seguindo-se as filhas e posteriormente as noras. (Sequeira, 2010). Pelos dados apurados verificamos que, em 40% dos casos, os

cuidados são prestados pela esposa, e 30% por filhas. 25% dos entrevistados responderam outro grau de parentesco, designadamente irmã ou amiga próxima da família e 5% respondeu nora/genro. (Tabela 3)

		Nº	%
Grau de parentesco com a pessoa a quem presta cuidados	Filho (a)	6	30,0%
	Nora/Genro	1	5,0%
	Esposa/Marido	8	40,0%
	Outro	5	25,0%

Tabela 3 : Grau de parentesco com a pessoa dependente

Analisando o tempo de dependência da pessoa constatamos que existe um período superior a 1 ano que predomina, indo assim de acordo com outros estudos. (Ricarte, 2009). 35% dos entrevistados responderam que o seu familiar necessita de cuidados desde 1 a 3 anos, seguido de 25% de 3 a 6 anos e 15% mais de 6 anos. Contudo verificamos igualmente casos com períodos inferiores a 1 ano, onde 15% situam-se entre os 3 a 6 meses e 10% entre 6 meses a 1 ano. Nenhum caso tem menos de 3 meses de duração. (Tabela 4)

		Nº	%
Tempo de dependência do seu familiar	Menos de 3 meses	0	0%
	Entre 3 a 6 meses	3	15%
	Entre 6 meses a 1 ano	2	10%
	Entre 1 a 3 anos	7	35%
	Entre 3 a 6 anos	5	25%
	Mais de 6 anos	3	15%

Tabela 4: Tempo de dependência da pessoa

No âmbito da residência, Sequeira (2010) menciona que a co-residência com a pessoa dependente é extremamente importante, pois possibilita uma maior proximidade física e afetiva entre o cuidador e a pessoa.

Segundo os dados colhidos, observamos na Tabela 5, que 90% dos entrevistados afirmaram que habitam com a pessoa dependente, contudo somente 60% já vivia com o seu familiar anteriormente à dependência do mesmo. Podemos verificar ainda que o facto de habitem na mesma residência deve-se, na grande maioria, à alteração da pessoa dependente para a residência do cuidador (90%), e apenas em 10% dos casos se verificou alteração de residência por parte do cuidador.

Quanto ao tipo de família do cuidador, 100% dos entrevistados responderam família nuclear. (Tabela 5) De facto, atualmente, constata-se alterações significativas no âmbito da família com predomínio de famílias nucleares. (Sequeira, 2010)

		Nº	%
Vive na mesma habitação que o seu familiar atualmente	Não	2	10%
	Sim	18	90%
	Esporadicamente	0	0%
Vivia com o seu familiar anteriormente ao estado de dependência	Não	8	40%
	Sim	12	60%
	Esporadicamente	0	0%
Alteração de residência pelo cuidador face à situação de dependência do seu familiar	Não	18	90%
	Sim	2	10%
Tipo de família do cuidador	Vive só	0	0%
	Nuclear	20	100%
	Alargada	0	0%
	Outra	0	0%

Tabela 5 : Habitação do cuidador informal e pessoa dependente e tipo de família do cuidador

Relativamente ao facto do cuidador ter outras pessoas a seu cargo, além da pessoa dependente, 80% deu resposta negativa, mas 20% afirmaram que sim, nomeadamente filhos ou outro familiar que necessite igualmente de apoio. (Tabela 6)

		Nº	%
Tem a seu cargo outras pessoas	Não	16	80%
	Sim	4	20%

Tabela 6 : Existência de outras pessoas a cargo do cuidador informal

Na Tabela 7 seguinte, verificámos que 100% dos entrevistados prestam cuidados à pessoa dependente 7 dias por semana, e que 90% dos casos são assegurados entre 21 a 24h por dia. Estudos anteriores demonstram resultados semelhantes (Rodríguez et al 2001; Ricarte, 2009). Apenas 10% dos entrevistados referiram cuidar entre 1 a 4 horas/dia.

O tipo de cuidados necessários e a gravidade da situação clínica da pessoa dependente são determinantes na frequência e na intensidade dos cuidados prestados pelo cuidador. (Sequeira, 2010)

		Nº	%
Nº de dias por semana em que o cuidador presta cuidados ao seu familiar	1 dia	0	0%
	De 2 a 4 dias	0	0%
	De 5 a 6 dias	0	0%
	7 dias	20	100%
	Quinzenalmente	0	0%
Nº de horas por dia em que o cuidador presta cuidados ao seu familiar	1 a 4	2	10%
	5 a 10	0	0%
	11 a 15	0	0%
	16 a 20	0	0%
	21 a 24	18	90%

Tabela 7: Número de dias e horas de cuidados prestados pelo cuidador informal à pessoa dependente

No que concerne ao tipo de cuidado prestados pelo cuidador à pessoa dependente apurámos que, maioritariamente surgem os cuidados de mobilização e alimentação, ambos com 28%, com 22% surgem cuidados relacionados com vestir e despir e com 17% emergem os cuidados de higiene, (Gráfico 3). Salientamos que o mesmo entrevistado pode ter dado mais que uma resposta a esta questão dependendo dos cuidados que presta. Constatámos igualmente que 4% dos entrevistados responderam que prestavam outro tipo de cuidados, nomeadamente, ir às compras ou acompanhar nas consultas médicas.

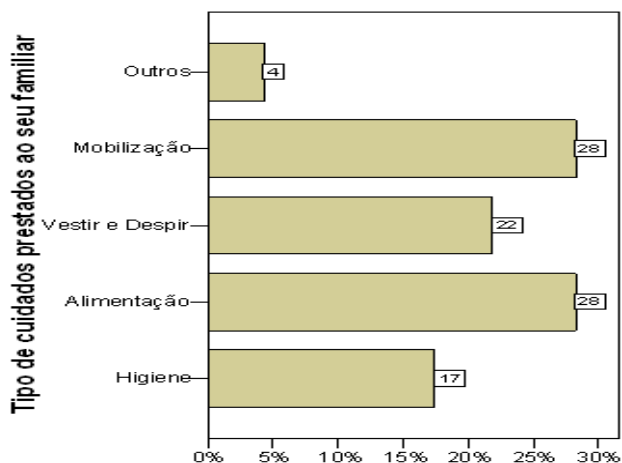


Gráfico 3: Tipo de cuidados prestados pelo cuidador

Analisando as redes de suporte recebidas pelos cuidadores, verificámos que a nível informal 75% dos cuidadores referiu que não recebia auxílio por parte de outros membros da família, apenas 25% mencionaram resposta positiva. (Tabela 8)

Segundo Pereira citando outros autores (Crespo-López & López-Martínez, 2007; Pereira & Filgueiras, 2009; Sequeira, 2010), “*Quanto ao grau de compromisso e responsabilidade na prestação de cuidados habitualmente encontra-se uma tipologia assente em três categorias: i) o cuidador primário ou principal – que detém a responsabilidade integral no fornecimento de ajuda à pessoa dependente (quer seja na prestação directa, na supervisão ou na orientação); ii) o cuidador secundário – que fornece assistência de forma complementar, ocasional ou não regular, sem ter a responsabilidade directa sobre o cuidar, e, ainda iii) o cuidador terciário – alguém que ajuda de forma esporádica, quando solicitado, ou em situações de emergência.*” (Pereira, 2011, p. 15-16)

		Nº	%
Auxílio por parte da família	Não	15	75,0%
	Sim	5	25,0%

Tabela 8 : Auxílio recebido pelo cuidador informal por parte de outros membros da família

No que concerne ao tipo de ajuda recebida, os cuidadores que tiveram resposta positiva (25%) à questão anterior, mencionaram que 80% prendiam-se com as mobilizações e 20% outro tipo de ajuda, nomeadamente, ir às compras ou acompanhar o cuidador e pessoa dependente nas consultas médicas. (Tabela 9)

		Nº	%
Tipo de ajuda prestada por esses familiares	Mobilização	4	80,0%
	Outros	1	20,0%

Tabela 9 : Tipo de ajuda prestada por outros familiares

Relativamente ao suporte formal, das entrevistas efetuadas podemos averiguar que 50% dos cuidadores recebem apoio de uma rede de suporte formal, os restantes 50% não recebem. (Tabela 10)

		Nº	%
Rede de suporte formal	Não	10	50%
	Sim	10	50%

Tabela 10 : Rede de suporte formal recebida pelo cuidador informal

Os apoios de rede de suporte formal recebidos pelos cuidadores, advém de instituições particulares, estando integrados em serviço de apoio domiciliário (SAD). (Tabela 11)

Podemos inferir igualmente que os cuidados recebidos são principalmente cuidados de higiene (37%), seguido das mobilizações (33,3%) onde se incluem os levantes e ainda cuidados de vestir e despir (29,6%). (Tabela 11). A alimentação é efetuada pelo próprio cuidador à pessoa dependente.

		Nº	%
Instituição particular de solidariedade social	Não	10	50%
	Sim	10	50%
Integrado em que valência	Centro de Dia	0	0%
	Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)	10	10%
Tipos de cuidados prestados	Higiene	10	37%
	Alimentação	0	0%
	Vestir e despir	9	29,6%
	Mobilização	8	33,3%
	Outros	0	0%

Tabela 11: Valência e cuidados prestados por rede de suporte formal à pessoa dependente

6.1.3.2. Características sociodemográficas da pessoa dependente

No que concerne à pessoa dependente verificámos que existe pouca diferença entre sexos, contudo há maior número de homens (55%) que mulheres (45%), resultado este que vai de acordo com estudos feitos. (Almeida, 2005). Quanto ao estado civil 45% são viúvos, 40% casados, 10% solteiros e 5% divorciados. (Tabela 12)

		Nº	%
Sexo	Feminino	9	45%
	Masculino	11	55%
Estado civil	Casado (a)	8	40%
	Solteiro (a)	2	10,0%
	Viúvo (a)	9	45,0%
	Divorciado (a)	1	5%

Tabela 12: Sexo e estado civil da pessoa dependente

Relativamente à média de idades é maior do que a constatada no cuidador informal, sendo possível verificar que, na pessoa dependente, a média de idades encontra-se nos 81 anos. (Gráfico 4)

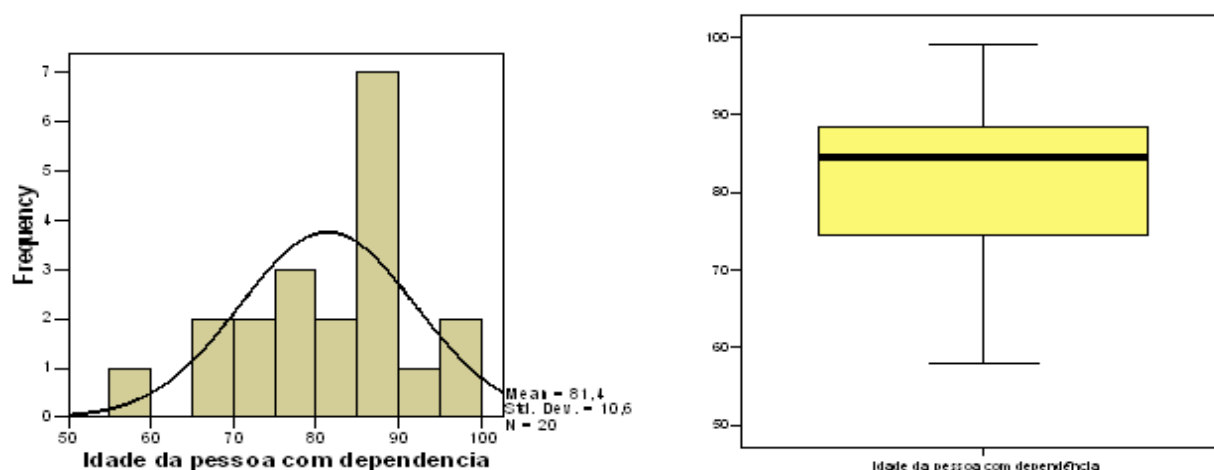


Gráfico 4 : Idade da pessoa dependente

Das entrevistas realizadas, inferimos igualmente que 55% dos entrevistados cuidavam de pessoas com um elevado grau de dependência. (Tabela 13)

		Nº	%
Grau dependência	Ligeira	9	45%
	Grave	11	55%

Tabela 13 : Grau de dependência da pessoa dependente

Quanto ao tipo de dependência verificamos que 65% dos casos apresentaram apenas dependência física, 30% apresentam dependência física e mental, designadamente demência por doença de Alzheimer e apenas 5% apresenta unicamente dependência mental, síndrome demencial. (Tabela 14)

		Nº	%
Tipo dependência	Física	13	65%
	Mental	1	5%
	Física/Mental	6	30%

Tabela 14 : Tipo de dependência da pessoa dependente

O tipo de dependência física na pessoa dependente verifica-se principalmente a nível motor (82,6%), seguido dos níveis visual e auditivo (8,7%). (Tabela 15). Salientamos que a mesma pessoa dependente possa apresentar mais do que um tipo de dependência física.

		Nº	%
Tipo dependência física	Motor	19	82,6%
	Visual	2	8,7%
	Auditiva	2	8,7%

Tabela 15 : Tipo de dependência física

6.1.3.3 Motivos que levaram a ser cuidador

Diversos são os motivos que podem levar uma pessoa a aceitar o papel de cuidador, entre eles, por iniciativa própria, por não haver mais ninguém disponível (Sequeira, 2010), o grau de parentesco, o género, a proximidade (Martín, 2005), a obrigação moral, aspetos culturais ou religiosos, a condição de conjugalidade ou ainda por questões económicas. (Gonçalves et al, 2006)

Analisando os excertos das entrevistas relativamente à categoria **Motivos para ser cuidador** (Tabela 16) deduzimos que os mesmos prendiam-se com a disponibilidade para cuidar, existência de laços familiares entre o cuidador e a pessoa dependente e, ainda, o género, ou seja, o facto de ser mulher.

Categoria	Unidade Registo
Motivos para ser cuidador	Disponibilidade
	Laços familiares
	Género

Tabela 16 : Motivos que levaram a ser cuidador

A **disponibilidade** para cuidar emerge associada a vários fatores, entre eles não haver mais ninguém livre para desempenhar esse papel ou ainda pela pessoa estar reformada e assim ter mais tempo disponível. Fenómeno este, que pode ser verificado nas afirmações seguintes:

“Nós estamos juntas á muito tempo, já são muitos anos e como estou sempre cá em casa se qualquer coisa acontecer (...) sou a pessoa mais disponível. “ (E1, E3, E5, E13, E14, E17, E19)

“Eu sou a única pessoa disponível. Não há outra pessoa na família que possa cuidar e eu não posso deixá-la sozinha.” (E9)

“(...) estar reformada assim tenho mais tempo” (E12, E15)

A existência de **laços familiares** é outro fator que contribui para ser cuidador. O cuidar da pessoa dependente constitui-se como uma função da família, independentemente da sua dimensão e estrutura. (Sequeira, 2010)

A família é uma das mais importantes instituições da sociedade, representando um grupo social primário que influencia e é influenciado por outras pessoas e instituições. Frequentemente, encontramos a definição de família como um grupo de convivência intergeracional com relações de parentesco e com uma experiência de intimidade, que se prolonga no tempo.

Contudo, a família é aquela com quem partilhamos vínculos de afeto, intimidade, e que confiamos mais ao longo dos anos, tal com podemos constatar nos relatos seguintes:

“(...) por ser esposa. Ele é meu marido e tenho de cuidar dele.” (E2, E3, E7, E8, E15, E18, E19)

“Sou filha, ele não pode contar com mais ninguém” (E4, E10, E20)

“Sou esposa dele. Ele sempre cuidou de mim. Foi meu marido, pai e irmão. Sempre foi um homem muito bom. Estamos casados há muitos anos e se ele precisa eu cuido dele” (E11, E6)

“Sou irmã dela e ele não tem mais ninguém. Se não fosse eu ninguém lhe dava a mão (...)” (E16)

Um dos entrevistados, mencionou que o motivo que levou a ser cuidador foi o **género**, isto é, o facto de ser mulher foi o fator preponderante na escolha. Culturalmente as mulheres continuam a assumir o papel de cuidadoras apesar de se verificar cada vez mais um papel ativo das mulheres na sociedade actual.

“Ser mulher (...) Ela só tem dois filhos e não ia deixar que eles lhe dessem banho, por exemplo, tenho de ser eu.” (E14)

O papel da mulher na sociedade está muito ligada ao cuidar, e vários estudos revelam que os cuidados à pessoa dependente são predominantemente realizados por mulheres. (Gonçalves et al, 2006; Sequeira, 2010)

6.1.3.4. Dificuldade que sente na prestação de cuidados

Quanto às dificuldades sentidas na prestação de cuidados, as mesmas estão relacionadas com a idade avançada do cuidador, défice de saúde (física e mental) do cuidador que vê-se assim limitado em dar resposta a determinadas necessidades da pessoa dependente, ansiedade, elevado grau de dependência da pessoa e falta de tempo para o cuidador (Tabela 17). Estes dados vão de acordo com um estudo efetuado por Sequeira (2010). Outros estudos revelam ainda que os cuidadores expressam falta de tempo para se cuidarem; convivência conjugal conflituosa; redução do tempo de lazer; cansaço permanente e perceção de saúde piorada. (Pereira & Figueira, 2009).

Contudo é importante salientar que alguns cuidadores mencionaram não sentir dificuldades na prestação de cuidados. (Tabela 17)

Categoria	Unidade Registro
Dificuldades na prestação de cuidados	Idade avançada do cuidador
	Défi ce de saúde (Física/Mental) do cuidador
	Ansiedade
	Elevado grau dependência
	Falta disponibilidade para si próprio
	Ausência de dificuldades

Tabela 17 : Dificuldade que sente na prestação de cuidados

O aumento da esperança média de vida e a condição de longevidade associam-se a fragilização pelo envelhecimento, tornando, não só o idoso vulnerável às diversas situações de vida e saúde, como também, o seu cuidador.

A **idade avançada** do cuidador pode constituir-se como um obstáculo à prestação de cuidados devido a possíveis limitações funcionais. O cuidador pode sentir-se muitas vezes exausto tendo dificuldade em desempenhar as suas tarefas convenientemente, tal como se pode verificar na seguinte afirmação:

“ Já tenho idade avançada e falta de forças (...) ” (E1)

No processo de envelhecimento alterações bio-fisiológica proporcionam uma maior vulnerabilidade e maior incidência de manifestações patológicas. **O défi ce de saúde (física/mental) do cuidador** foi outro aspeto mencionado pelos entrevistados.

Um estudo realizado por Zarit e Gaugler (2000) citado por Santos, as consequências na saúde física dos cuidadores de idosos com demências sofrem uma diminuição do sistema imunitário reflectindo-se uma maior frequências de doenças infecciosas. (Santos, 2005)

As condições de saúde do próprio cuidador apresentam-se como uma dificuldade aos cuidados prestados. Como observamos nos relatos seguintes:

“ Só sinto dificuldade por causa da minha saúde. Sou muito doente e por isso às vezes sinto que não consigo fazer melhor. ” (E7, E11)

“(...) relacionadas com a minha própria saúde. Tenho dificuldade em andar e no fim do dia fico muito cansada. Doí-me tudo.” (E9, E18, E19)

“Já não tenho muitas forças para o ajudar a mover-se (...)” (E12, E13, E15)

“Sinto falta de forças, cansaço físico e mental. Além da dependência ela está sempre a gemer ou a gritar.” (E14)

Um dos entrevistados referiu sentir **ansiedade** dificultando assim os cuidados. Na realidade, a perceção que o cuidador tem sobre o cuidar repercute-se a nível psicológico com impacto na saúde mental dos cuidadores. (Sequeira, 2010)

“(...) muita ansiedade, cansaço físico e mental. Ela exige muito de mim e chego ao fim do dia muito cansada” (E4)

Segundo Almeida *“Sentimentos como desespero, cansaço, ansiedade, angústia, desamparo são comuns em famílias e cuidadores de doentes crónicos e graves. (...). Tal situação acaba pondo em risco o próprio ato de cuidar (...)” (Almeida, 2005, p. 24)*

O **elevado grau de dependência** da pessoa emerge igualmente como dificuldade à prestação de cuidados. Pessoas mais dependentes física e psicologicamente acabam por exigir mais dos seus cuidadores aumentando deste modo os desafios associados ao cuidar. Perante uma situação de dependência de um dos membros da família, é fundamental que esta desenvolva capacidades para mobilizar recursos internos e externos para ultrapassar a situação de crise.

Sequeira refere que *“ O grau de dependência e as alterações cognitivas que o idoso revela são determinantes nos níveis de sobrecarga apresentados pelo cuidador, em virtude de estarem associados a uma maior necessidade de cuidados.” (sequeira, 2010, p. 305-306)*

Pelos relatos dos entrevistados verificamos que o grau de dependência elevado pode ser devido à idade avançada da pessoa, assim como, a antecedentes pessoais.

“ (...) a idade avançada e doença dele trás muitos problemas e ele precisa de muita ajuda. O meu pai está assim há 4 anos e a tendência é para ficar com mais limitações ” (E5)

“o grau de dependência é muito elevado. O meu pai já tem 99 anos e está acamado há muito tempo e não faz nada sozinho. Às vezes dói-me as costas ou os braços, mas tem de ser” (E10)

No decorrer da análise apurámos que outra dificuldade sentida é a **falta de disponibilidade para si próprio**. No contexto de sobrecarga é habitual a presença de problemas que afetam a saúde e qualidade de vida do cuidador, caracterizado igualmente por défice nas atividades de lazer e limitação nos tempos livres. Como se pode ver na afirmação abaixo:

“Sinto que tenho falta de tempo para fazer tudo (...) Às vezes ele demora muito tempo para ficar despachado e isso atrasa-me tudo.” (E2, E8, E20)

Habitualmente o cuidado à pessoa dependente é centralizado apenas num cuidador, o qual fica sobrecarregado ao assumir todas as responsabilidades e decisões. (Vieira et al, 2009)

Apesar de serem identificadas múltiplas dificuldades inerentes à prestação de cuidados, alguns entrevistados referiram **ausência de dificuldades**, tal como verificamos no relato seguinte:

“(...) Neste momento não consigo identificar nenhuma dificuldade. Consigo fazer tudo” (E6, E3, E16, E17)

Este fenómeno pode ser explicado pela sobrecarga leve ou moderada da pessoa dependente, onde existe colaboração com o cuidador na realização dos cuidados, ou então pelo facto do cuidador não ser idoso e ainda apresentar capacidades físicas que permitam a prestação de cuidados eficazes.

6.1.3.5. Satisfação que sente pela prestação de cuidados

Relativamente à satisfação que sentem pela prestação de cuidados a maioria respondeu que, a sua satisfação relaciona-se com manter a proximidade entre o cuidador e a pessoa dependente, ausência de doença (física/mental) do cuidador, assegurar a qualidade dos cuidados. Alguns entrevistados referiram ausência de satisfação. (Tabela 18)

Categoria	Unidade Registo
Satisfação pela prestação cuidados	Manter a proximidade
	Ausência de doença (Física/Mental) do cuidador
	Qualidade dos cuidados
	Ausência de satisfação

Tabela 18 : Satisfação que sente pela prestação de cuidados

Ao analisar as entrevistas constatámos que uma satisfação manifestada pelo cuidador é **manter a proximidade** com a pessoa dependente. Observamos que o cuidador valoriza a companhia da pessoa dependente e a sua permanência no domicílio. Verificamos que os ganhos da relação são privilegiados em relação à sobrecarga sentida, tal facto é possível constatar nos seguintes relatos:

“(…) estamos juntas, vamo-nos amparando uma à outra.” (E1, E16, E19)

“(…) tê-lo em casa. Ele é meu marido e quero-o ao pé de mim.” (E18, E7, E13)

“Manter-me junto ao meu pai. Ele fica melhor junto da família.” (E10, E17)

Um dos cuidadores referiu que **ausência de doença (física/mental) do cuidador** constitui-se como elemento satisfatório e gratificante à prestação de cuidados. Como é possível verificarmos na afirmação abaixo:

“Ter saúde e forças para poder continuar a cuidar do meu pai” (E5)

No entanto a literatura revela que o cuidador habitualmente são indivíduos adultos com mais de 40 anos (Sequeira, 2010) o crescente envelhecimento da população tende a agravar a situação, não só à pessoa dependente como também ao cuidador.

A **qualidade dos cuidados** é outro aspeto relevante que proporciona satisfação ao cuidador. Estudos revelam que muitos cuidadores mencionam que é gratificante ver a pessoa dependente bem cuidada, com a sua dignidade preservada, obtendo assim ganhos de competência e auto-eficácia para si próprio. (Pereira, 2011)

As declarações seguintes demonstram a importância deste fenómeno:

“Sinto-me bem quando ele fica bem. Vê-lo bem para mim é o mais importante.”
(E3)

“Ver que o meu marido melhora e que os meus cuidados ajudam. Se ele estiver bem, eu estou bem.” (E6, E8)

“(...) vê-lo a reagir e alimentar-se. Vejo que a pouco e pouco ele vai melhorando (...)” (E11, E12, E20)

Na continuação da análise das entrevistas apurámos que alguns cuidadores mencionaram **ausência de satisfação** na prestação de cuidados. Nestes cuidadores predominam aspetos negativos, justificados possivelmente pelo elevado grau de sobrecarga, de responsabilidade, inúmeras tarefas ou até a falta de tempo pessoal.

“Não sei. Até me sinto um pouco presa desde o início desta situação (...)” (E2, E9)

“Não sei responder. Predomina as coisas negativas. Neste momento não sei.”
(E4, E14, E15)

6.1.3.6. Modos da adaptação utilizados para ultrapassarem momentos difíceis durante a prestação de cuidados

Considerando os modos de adaptação utilizados para ultrapassarem momentos difíceis durante a prestação de cuidados alguns entrevistados responderam, que não apresentam qualquer tipo de adaptação. Contrariamente, outros referiram que acabavam por alterar as suas rotinas, recorrer a recordações, utilização de meios auxiliares facilitadores à prestação de cuidados contornando assim as dificuldades sentidas e, ainda recorrer a alguns membros da família mais disponíveis para colaborar em alguns cuidados. (Tabela 19)

Categoria	Unidade Registo
Modos da adaptação aos momentos difíceis associados ao cuidar	Ausência de modos de adaptação
	Alteração de rotinas
	Uso de recordações
	Utilização de meios auxiliares para a prestação de cuidados
	Família

Tabela 19 : Modos de adaptação utilizados para ultrapassarem momentos difíceis durante a prestação de cuidados

A adaptação surge no sentido de resolução de determinado problema, podendo ser positiva ou negativa. Sequeira afirma que *“Na adaptação positiva, a família adquire novos recursos ou estratégias de coping, de modo a atingir o equilíbrio. Na adaptação negativa, o equilíbrio não é atingido e caracteriza-se por uma deterioração da saúde e do sistema familiar.”* (Sequeira, 2010, p.186)

No que concerne a esta categoria emerge um primeiro conceito **ausência de modos de adaptação**. Cinco dos entrevistados afirmaram não ter qualquer modo de adaptação aos momentos difíceis como é possível ver na afirmação abaixo:

“Habitualmente não faço nada.” (E1, E2, E16, E17, E20)

Estes cuidadores aceitaram o seu papel e encaram a situação como normal, o cuidar é inerente à condição humana e é fundamental para todos nós. Existe um equilíbrio, onde o cuidador não sente necessidade de alterar o seu comportamento.

No entanto, outros cuidadores manifestaram alguns modos da adaptação, nomeadamente **alteração de rotinas**. Estas despojam esforços cognitivos e comportamentais no cuidador informal onde as novas atividades de cuidados são introduzidas nas tarefas já existentes na rotina do mesmo e da própria família. Tal facto é possível constatar nos excertos seguintes:

“Altero as minhas rotinas e depois tento distrair-me (...)” (E4, E6)

“(...) tento adaptar as coisas que tenho que fazer com aquilo que o meu marido precisa.” (E8)

“Altero as rotinas e tento ignorar alguns comportamentos da minha irmã, por exemplo diz que não levanta o prato da mesa porque não é criada de ninguém.” (E9)

A recorrência ao passado e ao **uso de recordações** é outra estratégia utilizada pelos entrevistados. Os momentos felizes e as boas recordações funcionam como elemento facilitador à prestação de cuidados, como verificamos nos relatos abaixo:

“Eu não penso nos problemas. (...) ele tá muito melhor que ao principio. Vamos vivendo.” (E3)

“Pensar noutros momentos da vida. As recordações ajudam a passar alguns momentos mais difíceis (...)” (E5, E19)

“Pensar que a situação pode melhorar. Há dias melhores e outros piores.” (E10)

“Recordar o passado, tento lembrar-me de momentos felizes e alegres que já vivemos.” (E18)

As recordações surgem como uma estratégia de enfrentamento e proporcionam ao cuidador informal uma gradual adaptação à situação de dependência da pessoa, dando significado ao seu papel de cuidador. As memórias projetam-nos para momentos importantes da vida que ajudaram na construção da relação com a pessoa, são esses momentos que podem ou não facilitar o ato de cuidar da pessoa dependente.

Outro modo de adaptação identificado pela análise das entrevistas foi a **utilização de meios auxiliares para a prestação de cuidados**. Alguns cuidadores mencionaram:

“Utilizo meios auxiliares, como almofadas ou lençóis para mobilizar e posicionar.” (E13, E7)

Por motivos vários, o cuidador pode ver-se limitado a prestar determinado cuidado à pessoa dependente, assim apurámos que o uso de material acessório pode facilitar os cuidados contribuindo deste modo, não só para uma maior eficácia do cuidado prestado, como também para diminuir o esforço e sobrecarga do próprio.

Nesta categoria constatámos igualmente que a recorrência a outros membros da **família** impera como facilitador nos cuidados. A família enquanto unidade social, tem um papel fundamental a desempenhar durante o processo de reabilitação, visando uma rápida recuperação física e psicológica do seu familiar tanto quanto possível.

Os familiares que mais colaboram com o cuidador são o marido, filhos ou genro, ocasionalmente os irmãos podem ajudar, como demonstra os excertos seguintes:

“Chamo os meus filhos quando necessário, quando vejo que já não consigo peço ajuda e vai sendo assim (...)” (E11, E13)

“Quando estou mais aflita o meu irmão ajuda-me, mas o meu pai nunca sai da minha casa. Aproveito as visitas que ele faz para ver o meu pai e peço ajuda.” (E12)

“Chamo o meu marido e o meu genro para me ajudarem nos cuidados mais difíceis.” (E14, E15)

De acordo com Sequeira “ *O cuidador secundário é alguém que ajuda na prestação de cuidados de forma ocasional ou regular, mas não tem a responsabilidade de cuidar, ou seja, habitualmente são familiares que dão apoio ao cuidador principal.*

Esta ajuda pode ser ao nível da prestação directa de cuidados ou a outro nível, como o económico, o apoio em actividades de lazer, o apoio em actividades de lazer, etc. (...) O cuidador terciário é alguém familiar, amigo ou vizinho próximo que ajuda muito

esporadicamente ou apenas quando solicitado em situações de emergência (...)”
(Sequeira, 2010, p. 157-158)

6.1.3.7. Aspectos positivos/negativos da prestação de cuidados

Por último analisámos os aspectos positivos/negativos da prestação de cuidados (Tabela 20), verificando que como aspetos positivo emergem a proximidade, assegurar os cuidados à pessoa e permanência da pessoa no domicílio. Tal como se constata em outros estudos (Bris, 1994). Contudo, um dos entrevistados não identificou aspetos positivos.

Quanto aos aspetos negativos destacam-se o cansaço físico/mental do cuidador, a ausência de partilha de cuidados com outros elementos da família, ausência de conhecimentos, stress, falta de reconhecimento pela pessoa cuidada, problemas económicos, elevada dependência da pessoa e pouca disponibilidade de tempo. Estudos anteriores revelam dados semelhantes. (Bris, 1994; Martins, Ribeiro e Garrett, 2003). Há que salientar que um entrevistado não identificou aspetos negativos associados ao cuidar. (Tabela 20)

Categoria	Unidade Registo
Aspetos positivos da prestação de cuidados	Proximidade
	Assegurar cuidados
	Permanência no domicílio
	Ausência de aspetos positivos
Aspetos negativos da prestação de cuidados	Cansaço físico/mental
	Ausência de partilha dos cuidados
	Ausência de conhecimentos
	Stress
	Falta reconhecimento pela pessoa cuidada
	Problemas económicos
	Pouca disponibilidade tempo
	Ausência de aspetos negativos

Tabela 20 : Aspectos positivos/negativos da prestação de cuidados

Almeida refere que *“O cuidar é realmente um processo que pode ser encarado como positivo ou negativo dependendo dos componentes envolvidos, do grau de dependência do idoso, do auxílio recebido por outros familiares, pela assistência dos serviços de saúde e pelos valores culturais e sociais que o cuidador e a família trazem sobre a velhice, a dependência e o cuidado.”* (Almeida, 2005, p.75)

Analizando os **aspectos positivos da prestação de cuidados** Cangelosi (2009) citado por Pereira *“fala do termo “ganho do cuidador” usado no sentido de reflectir as recompensas que muitos familiares sentem por atribuírem um novo sentido às suas vidas decorrentes da assunção do papel de cuidador.”* (Pereira, 2011, p.22)

Assim, verificamos que a **proximidade** é um fator positivo e valorizado pelos cuidadores, tal como podemos ver nos seguintes excertos:

“Assim é possível manter a (...) proximidade de muitos anos” (E1, E7, E11, E16)

“Assim, ele fica em casa e vai fazendo companhia (...)” (E2, E5, E10, E20)

“Mantê-lo próximo e ver o evoluir da situação.” (E8, E13, E18)

“Não deixar a minha irmã abandonada lá na casa dela, sozinha.” (E9)

A permanência no domicílio proporciona o convívio familiar, o apoio, o conforto e a proteção que a pessoa dependente necessita. É promotor igualmente do estabelecimento ou reforço dos laços de afetividade entre os membros envolvidos nesta relação de cuidar.

Outro aspeto positivo mencionado foi o **assegurar os cuidados**. Os cuidados proporcionados no domicílio originam envolvimento, partilha de sentimentos, emoções, atitudes e comportamentos. Os cuidadores visam aumentar o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa dependente, levando assim a que eles próprios se sintam bem consigo mesmos. Tal como é possível verificar nos relatos abaixo:

“(...) os cuidados são melhores,” (E2, E3, E6)

“Assegurar os cuidados e não meter numa instituição” (E4, E17)

“(...) prestar rápido auxílio se o meu marido precisar ou detetar alguma alteração da situação (...)” (E11, E12, E14, E19)

Pela análise das entrevistas apurámos ainda que a **permanência no domicílio** contribui como aspeto positivo. O aumento da dependência da pessoa acarreta custos elevados, este facto associado aos baixos rendimentos de algumas famílias ou baixas reformas do idoso podem ser geradores de conflitos que se repercutem no cuidar.

A permanência da pessoa dependente no domicílio leva à existência de menos gastos económicos uma vez que não há necessidade da mesma ir para uma instituição. *“(...) menos gastos económicos porque não precisa de ir para um lar.”* (E12)

A maioria dos idosos expressa igualmente que prefere permanecer no domicílio que ir para uma instituição, o que leva muitos cuidadores a rejeitarem essa ideia.

Um dos entrevistados referiu **ausência de aspetos positivos**. Este cuidador não conseguiu identificar nada de positivo inerente ao seu papel de cuidador, como se verifica na seguinte declaração:

“Não sei. Não consigo identificar nada de positivo. Com esta situação só tenho é trabalho, mais nada.” (E15)

Relativamente aos **aspetos negativos da prestação de cuidados** para Martins, Ribeiro e Garrett (2003) citado por Sequeira *“Os elementos negativos associados ao cuidar são habitualmente conceptualizados como: peso, sobrecarga, stress, fruto de sintomatologia tipo tensão, frustração, isolamento, depressão, ansiedade e de outros físicos, psicológicos, emocionais, sociais, financeiros, fadiga, raiva, conflito familiar, culpa, alterações emocionais, etc.”* (Sequeira, 2010, p. 285-286)

Assim, constatámos que o **cansaço físico/mental** constitui-se como uma repercussão negativa apontada por alguns cuidadores. A sobrecarga inerente ao cuidar leva a alterações na qualidade de vida e bem-estar do cuidador, como se pode verificar nos relatos seguintes:

“Cansaço físico e pouca saúde. Já se torna difícil ajudar quando eu própria às vezes não me sinto capaz.” (E1, E2, E3, E7, E11, E12, E13, E19)

“Cansaço e esgotamento (...) a minha mãe cansa-me muito psicologicamente (...) (E4, E18)

“Dá muito trabalho físico e mentalmente, sou muito sobrecarregada ao cuidar dela.” (E14)

“(...) ele não faz nada sozinho, eu tenho de lhe fazer tudo, dou-lhe comida, banho, mudo as fraldas, é muito cansativo.” (E17)

Com o passar do tempo e agravamento de algumas situações de dependência, os constrangimentos físicos e emocionais no cuidador vão aumentando, bem como o sentimento de deterioração do estado geral da sua saúde, revelando-se assim como uma ameaça à saúde do cuidador e ao sucesso dos cuidados por ele prestados.

A **ausência de partilha dos cuidados** apresenta-se, igualmente, como um fator negativo, sendo notório nas afirmações seguintes:

“Estou sozinha nos cuidados (...) (E5, E16)

“(...) Não tenho ajudas de ninguém para alívio pessoal e tenho outras pessoas a cargo. Tenho uma filha ainda menor que precisa de mim.” (E15)

Atualmente verifica-se que o ritmo de vida e profissional que imperam na nossa sociedade origina implicações sociais na organização e funcionamento familiar podendo levar a desvinculações na estrutura da família.

Habitualmente as responsabilidades dos cuidados recaem apenas por um familiar, sendo este o cuidador informal principal, o qual acaba por ficar muito sobrecarregado. Neste sentido, a partilha de cuidados com outros elementos da família é fulcral para que o cuidador informal continue com tempo para si e não sinta que a sua vida acabou pelo facto de prestar cuidados à pessoa dependente.

Na continuação da análise das entrevistas verificamos que a **ausência de conhecimentos** é outro aspeto negativo mencionado:

“(...) às vezes não sei muito bem o que fazer e não se estou a cuidar bem dele ou não.” (E10, E17)

O conhecimento do diagnóstico e cuidados adequados à pessoa dependente, leva o cuidador a utilizar estratégias funcionais, as quais incluem a compreensão de novas informações, a procura de uma explicação apropriada da doença, a expressão de sentimentos e emoções e, a reorganização da estrutura familiar.

O fornecimento de informação e esclarecimento de dúvidas pelos profissionais de saúde sobre a prestação de cuidados e a clarificação da natureza do problema de saúde da pessoa são essenciais para que o cuidador possa assegurar a qualidade dos cuidados no domicílio.

Sequeira afirma que *“Cuidadores informais com conhecimento sobre a doença, com capacidade de intervenção e com uma boa percepção de auto-eficácia estão em melhores condições para contribuir para o bem-estar do idoso dependente e encontram-se menos vulneráveis ao aparecimento de sobrecarga.”* (Sequeira, 2010, p. 198)

O **stress** emerge de emoções negativas que variam em função da situação e nível de sobrecarga a que o cuidador está sujeito, como é possível constatar no registo abaixo:

“(...)stress pela sobrecarga nas tarefas.” (E8)

Loureiro (2009) referido por Ferreira *“Ao nível da sobrecarga física, os cuidadores informais (em comparação com os não cuidadores informais) experienciam mais stress, apresentam problemas de saúde aumentados (hipertensão arterial, doença coronária), tomam mais medicação e têm mais comportamentos de risco relacionados com a sua saúde.”* (Ferreira, 2010, p.10)

Qualquer que seja a doença e grau de dependência da pessoa, a prestação de cuidado à pessoa dependente é sempre considerada uma situação de crise, geradora de

stress que provoca consequências em todos os elementos da família e, principalmente, no cuidador informal.

De acordo com The National Women's Health Information Center (2002) citado por Santos *“O stress constante poderá ser patológico, com consequências ao nível do estado de saúde destes familiares, sentindo-se estes muitas vezes com sentimentos de culpa e frustração, sofrendo frequentemente de depressão.”* (Santos, 2005, p. 18-19)

A **falta de reconhecimento pela pessoa cuidada** constitui-se igualmente como fator negativo inerente ao cuidar, tal como se confirma na declaração seguinte:

“(...) a minha irmã não agradece nada, até parece que tenho obrigação. (...)
(E9)

Dado ao aumento de tensão que se verifica muitas vezes associada à situação de cuidar de uma pessoa dependente, quando existem conflitos anteriores entre o cuidador e a pessoa dependente, os mesmos tendem a intensificar-se agravando toda a situação.

Alguns entrevistados mencionaram que os **problemas económicos** são aspetos negativos que surgem associados aos cuidados à pessoa dependente:

“Poucas possibilidades económicas.” (E10,E11)

As dificuldades financeiras nestas situações tendem a surgir ou a agravarem-se pois o cuidar de uma pessoa dependente exige tempo, dedicação e disponibilidade do cuidador. Nos casos em que o cuidador exerce uma atividade profissional, o mesmo pode ver-se obrigado a abdicar dessa atividade. Por outro lado os custos associados a medicação, fraldas, consultas, entre outros cuidados necessários à pessoa podem ser elevados.

Rodrigues et al (2006) citado por Pereira e Filgueiras referem *“Dispensar cuidados a alguém que esteja doente ou dependente envolve esforço mental, físico, psicológico, além de possíveis custos financeiros diretos (por exemplo, medicamentos) e indiretos (por exemplo, a perda de rendimentos devido à renúncia de trabalho remunerado).”* (Pereira e Filgueiras, 2009, p. 73)

No caso de abandono da atividade profissional em virtude de assumir o papel de cuidador, o mesmo não tem qualquer benefício monetariamente contribuindo assim para que os recursos económicos sejam insuficientes causando tensão e stress, levando a conflitos no seio familiar, falta de resolução dos problemas e tarefas não concluídas. Essa tomada de decisão vai contribuir para uma diminuição drástica do rendimento do agregado familiar.

Por outro lado há cuidadores que mantêm a sua atividade laboral, afirmando que assim têm **pouca disponibilidade de tempo** para conciliar essa atividade com a prestação de cuidados à pessoa dependente. Tal como ilustra o excerto abaixo:

“(...) tenho de trabalhar e cuidar da minha mãe” (E20)

De facto, como demonstram vários estudos, a mulher está culturalmente associada ao cuidar assegurando na maioria dos casos o papel de cuidadora, apesar da mesma ter vindo a assumir um papel cada vez mais ativo na nossa sociedade, este fenómeno mantém-se.

Laham (2003) referido por Pereira e Filgueiras afirma *“É comum que a mulher assuma a função de cuidadora, mesmo que trabalhe fora, o que acaba acarretando uma diminuição da atividade de lazer e vida social.”* (Pereira e Filgueiras, 2009, p. 75)

Nestas situações os horários, as condições de trabalho e o grau de dependência da pessoa interferem na qualidade dos cuidados e, quanto maior for a necessidade de cuidados da pessoa dependente, maiores serão as dificuldades de conciliação entre estas duas tarefas.

Apesar dos múltiplos aspetos negativos mencionados pelos nossos entrevistados, um cuidador salientou **ausência de aspetos negativos**, como se constata no relato seguinte:

“Só relacionados coma saúde dele porque queria o meu marido curado, tirando isso não identifico aspetos negativos.” (E6)

Este facto pode dever-se à existência de um baixo nível de dependência da pessoa, o qual auxilia nas tarefas não havendo assim tanta sobrecarga no cuidador.

Alguns autores consideram a ausência de sobrecarga como sinónimo de bem-estar. (Sequeira, 2010)

A existência de uma próxima, íntima e coesa relação entre a pessoa e o cuidador anterior à dependência, leva a que este último, experiencie esta situação com normalidade. Neste sentido, esta nova condição pode reforçar a relação cuidador-pessoa dependente promovendo assim o crescimento e autossatisfação no cuidador. (Ricarte, 2009)

Segundo os dados apurados verificámos que apesar de serem identificados aspetos positivos relacionados com o cuidar, os aspetos negativos continuam a ser em maior número e diversidade.

6.1.3.8. Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)

Analisando a Escala de Sobrecarga do Cuidador, na Tabela 21 apresentamos o número de cada uma das opções de resposta dadas pelos entrevistados e respectiva percentagem.

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	3(15)	4(20)	8(40)	4(20)	1(5)
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	2(10)	2(10)	8(40)	4(20)	4(20)
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	6(30)	5(25)	4(20)	5(25)	0(0)
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	9(45)	7(35)	1(5)	3(15)	0(0)
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	7(35)	7(35)	3(15)	3(15)	0(0)
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	3(15)	9(45)	6(30)	2(10)	0(0)
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	1(5)	0(0)	3(15)	2(10)	14(70)
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?	0(0)	0(0)	2(10)	1(5)	17(85)
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	4(20)	4(20)	7(35)	2(10)	3(15)
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?	1(5)	3(15)	8(40)	1(5)	7(35)

11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	3(15)	6(30)	6(30)	3(15)	2(10)
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	4(20)	9(45)	5(25)	2(10)	0(0)
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	9(45)	7(35)	2(10)	2(10)	0(0)
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	0(0)	0(0)	0(0)	1(5)	19(95)
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	2(10)	3(15)	7(35)	6(30)	2(10)
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	1(5)	9(45)	7(35)	1(5)	2(10)
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	4(20)	7(35)	5(25)	3(15)	1(5)
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	10(50)	4(20)	3(15)	1(5)	2(10)
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	7(35)	5(25)	7(35)	1(5)	0(0)
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	10(50)	8(40)	2(10)	0(0)	0(0)
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	9(45)	9(45)	2(10)	0(0)	0(0)
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	1(5)	0(0)	5(25)	6(30)	8(40)

Tabela 21 : Número de respostas e percentagens dadas pelos cuidadores informais entrevistados

Através da análise da ESC apurámos que 40% dos cuidadores considera que o seu familiar solicita mais ajuda do que a que realmente necessita e, 40% refere, que devido ao tempo que dedica à pessoa já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas.

Em 30% dos casos, o cuidador não se sente tenso quando está junto do seu familiar e tem tarefas pendentes para realizar, 45% não se sente envergonhado pelo comportamento da pessoa dependente e em 30% dos casos nunca se sente irritado quando está junto do seu familiar.

Em 45% dos casos, os cuidadores, consideram que a situação atual quase nunca afeta de uma forma negativa a relação do cuidador com os seus amigos/familiares.

35% dos entrevistados mencionaram que às vezes sentem-se esgotados e que, 40% das vezes sentem que a sua saúde é afetada por terem de cuidar do seu familiar dependente.

Relativamente à vida privada, 30% dos cuidadores afirmaram que a mesma quase nunca foi alterada, assim como as suas relações sociais, que em 45% quase nunca é

afetada. 45% responderam que nunca se sentem envergonhados em convidar amigos para ir ao seu domicílio.

35% dos cuidadores afirmam que quase nunca perderam o controlo das suas vidas após a instalação da doença no seu familiar.

Das respostas obtidas podemos verificar que 85% dos cuidadores consideraram que o seu familiar está dependente de si e que a pessoa dependente, em 95% dos casos acredita que o seu cuidador cuidará de si como se fosse a única pessoa com quem pudesse contar. Em 70% dos casos os entrevistados referem que sentem receio pelo futuro destinado ao seu familiar.

Dos entrevistados, 35%, referem que às vezes consideram não possuir economias suficientes para cuidar da pessoa dependente e para assegurar as restantes despesas.

Relativamente à manutenção dos cuidados, verificamos que em 45% das respostas, os cuidadores quase nunca se sentem incapaz, assegurando assim os cuidados à pessoa dependente.

Dos cuidadores entrevistados, 50% referem que não poderiam fazer mais pelo seu familiar e 45% consideram que nunca ou quase nunca poderiam cuidar melhor do seu familiar.

No que concerne à insegurança face ao que fazer com o seu familiar, 35% dos cuidadores referem nunca se sentirem inseguros, por outro lado, e em igual percentagem, referem que às vezes se sentem inseguros.

Outro aspecto relevante é a maioria dos entrevistados se sentirem muitas vezes (30%) ou quase sempre (40%) sobrecarregados, contudo em 50% dos casos os cuidadores não querem entregar os cuidados do seu familiar a outras pessoas.

Analisando a pontuação global de cada cuidador na ESC, apurámos que 6 cuidadores apresentaram sobrecarga ligeira, 13 revelaram sobrecarga intensa e apenas 1 cuidador demonstrou ausência de sobrecarga.

Após a análise dos dados das entrevistas e da ESC e respondendo à nossa pergunta de partida, podemos inferir que existe sobrecarga no cuidador informal, aquando da prestação de cuidados à pessoa dependente integrada na UCC projeto no entanto os níveis de sobrecarga variam entre ligeira e intensa nos diferentes cuidadores.

Esta variação vai ter repercussões diferentes nos cuidadores, fazendo com que os mesmos encarem este seu novo papel de forma positiva ou negativa. Conhecer a forma como o cuidador informal experiencia toda a situação relativamente à sobrecarga a que está sujeito, as suas necessidades e dificuldades é fundamental e da responsabilidades dos profissionais de saúde.

Neste sentido, o planeamento de intervenções e orientações ao cuidador informal reveste-se de extrema importância para que esta etapa seja encarada e vivida da melhor forma possível proporcionando bem-estar ao cuidador e à pessoa dependente.

6.1.4. Síntese do Diagnóstico de Necessidades

Através da colheita de dados pelas entrevistas e aplicação da ESC verificamos que existe sobrecarga nos cuidadores informais na UCC do projeto.

Neste sentido, segundo a CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) e tendo por base Amaral (2010) e Sequeira (2010), foi possível formularmos os seguintes diagnósticos: ansiedade, sobrecarga do cuidador, stress do cuidador demonstrado, défice de conhecimento do cuidador.

A CIPE® possibilita o uso de uma linguagem científica comum à Enfermagem Mundial e permite, após a formulação dos diagnósticos, igualmente estabelecer intervenções e avaliar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Citando Silva et al (2008) “A CIPE® representa uma ferramenta que produz informações para a tomada de decisão do enfermeiro, através de uma linguagem de enfermagem unificada e universal. Trata-se de uma terminologia combinatória que

permite formular um diagnóstico de enfermagem, delinear intervenções e identificar resultados aos cuidados prescritos. Estas ações desencadeiam informações que contribuirão na formulação de políticas de saúde, na contenção de custos, na informatização dos serviços de saúde, no controle do próprio trabalho de enfermagem e nos avanços da profissão” (Silva et al, 2008,p.835)

6.2. Planeamento Das Atividades

As perturbações mentais e comportamentais provocam alterações na vida daqueles que são afetados, assim como, nas famílias dos mesmos.

Após o diagnóstico e a verificação da existência de sobrecarga no cuidador, elaboramos um planeamento com atividades de acordo com as necessidades do cuidador identificadas.

A prática baseada na evidência proporciona cuidados de melhor qualidade. Smuth e Craig (2004) afirmam “ *A abordagem baseada na evidência na prática clínica pretende prestar cuidados apropriados, de um modo eficiente, a cada doente.*” (Smyth e Craig, 2004, p.3)

Deste modo, realizamos uma apresentação com os resultados de diagnóstico à equipa na UCC do projeto.

Foram igualmente realizadas, com o cuidador, sessões de carácter individual através do estabelecimento de uma relação de ajuda em enfermagem aquando das visitas domiciliárias, e uma sessão Psicoeducativa, com o objetivo dos cuidadores expressarem sentimentos e dificuldades associadas ao cuidar.

Pereira e Sampaio referem que “*Mesmo as famílias que mostram bons parâmetros de funcionamento na maioria dos momentos do seu ciclo vital, sofrem, em muitos momentos, dificuldades significativas perante uma situação de doença grave, enquanto as que já registavam dificuldades prévias terão necessidades acrescidas de apoio. Ambas podem precisar de informação sobre a doença ou de melhorar*

competências para lidar com ela, i.e., de ajuda psicoeducativa.” (Pereira e Sampaio, 2011, p.6)

6.3. Implementação

Na fase de implementação colocamos em prática o que foi planeado.

Relativamente ao cuidador e, considerando os diagnósticos identificados, realizamos as seguintes intervenções, (Amaral, 2010):

- Alívio da ansiedade:

- ✓ Demonstrar atitudes e comportamentos que inspirassem confiança e evidenciassem autenticidade;
- ✓ Escutar activamente o cuidador;
- ✓ Disponibilizar presença;
- ✓ Esclarecer dúvidas;
- ✓ Orientar o cuidador no sentido de encontrar estratégias de superar o estado de ansiedade;
- ✓ Utilizar linguagem clara e de fácil compreensão;
- ✓ Promover a participação em atividades lúdicas;
- ✓ Incentivar a expressão de dificuldades sentidas pelo cuidador no desempenho do seu papel;
- ✓ Informar sobre formas de solicitar ajuda.

- Promoção de apoio:

- ✓ Orientar o cuidador para identificar as principais dificuldades associadas ao cuidar;
- ✓ Identificar as dificuldades do papel de cuidador;
- ✓ Informar sobre suporte social e recursos de apoio existentes na comunidade;
- ✓ Incluir mais membros da família na prestação de cuidado, se possível;

- ✓ Incentivar a participação das atividades sociais;
 - ✓ Incentivar a participação em grupos de ajuda;
 - ✓ Orientar para a vigilância da saúde do cuidador;
 - ✓ Incentivar a partilha de experiências e sentimentos;
 - ✓ Orientar o cuidador para centrar-se nos aspectos positivos;
 - ✓ Disponibilizar ajuda;
 - ✓ Escutar activamente.
- Disponibilização de suporte emocional:
 - ✓ Analisar o desequilíbrio emocional (determinar o que desencadeia as emoções);
 - ✓ Estabelecer uma relação de confiança e respeito;
 - ✓ Encorajar o cuidador expressar os seus sentimentos;
 - ✓ Auxiliar o cuidador na identificação do problema ou situação que causa o sofrimento;
 - ✓ Encorajar o diálogo;
 - ✓ Avaliar reacções emocionais do cuidador e família;
 - ✓ Assistir na tomada de decisões;
 - ✓ Demonstrar apoio.
- Alívio do stress:
 - ✓ Explicar sobre possíveis sentimentos face aos factores stressantes associados ao cuidar;
 - ✓ Apoiar o cuidador;
 - ✓ Determinar a aceitação do papel por parte do cuidador;
 - ✓ Escutar ativamente;
 - ✓ Facilitar envolvimento familiar;
 - ✓ Optimizar sistema de apoio social;
 - ✓ Determinar a dependência da pessoa em relação ao cuidador;
 - ✓ Promover capacidade de resiliência.

- Promoção de ensino ao cuidador:

- ✓ Determinar o nível de conhecimentos do cuidador quanto à situação da pessoa dependente;
- ✓ Determinar o nível de conhecimento do cuidador face aos cuidados necessários à pessoa;
- ✓ Favorecer a psicoeducação sobre o processo de doença e sua evolução;
- ✓ Ensinar sobre estratégias facilitadoras da prestação de cuidados;
- ✓ Planear e otimizar material didático, às características da aprendizagem;
- ✓ Incentivar a participação em sessões psicoeducativas em grupo;
- ✓ Providenciar tempo para perguntas e discussão.

Sequeira menciona que *“As intervenções devem ser planeadas a partir do diagnóstico das necessidades em cuidados de saúde e dos interesses específicos de cada cuidador ou grupo de cuidadores.”* (Sequeira, 2010, p.244)

O autor supracitado acrescenta ainda que *“Estas intervenções visam, preferencialmente, facilitar a prestação de cuidados, prevenir os conflitos e/ou ajudar à resolução, melhorar a auto-estima e o significado de vida das pessoas envolvidas.”* (Sequeira, 2010, p.244)

6.4. Avaliação

Avaliando as intervenções realizadas constatamos que os cuidadores mostraram bastante receptividade à nossa abordagem expondo dúvidas e as principais preocupações face ao cuidar. Neste sentido, adotando uma postura reveladora de confiança e empatia, consideramos que as atividades realizadas se revelaram de extrema importância, promovendo o bem-estar físico e mental do cuidador. Os próprios manifestaram agrado pelas nossas intervenções afirmando sentirem-se menos ansiosos e preocupados face à situação. Neste sentido a escuta, o esclarecimento de dúvidas e desmistificação de alguns receios revestiu-se de uma enorme importância. O enfermeiro deverá fornecer

informações relativas à situação da pessoa dependente, e quais os cuidados mais apropriados no sentido de facilitar a sobrecarga no cuidador para que o mesmo possa prestar cuidados de qualidade e ganhe confiança e segurança em si próprio e nos cuidados que presta.

Quando novamente questionado sobre “Modos de adaptação utilizados para ultrapassar momentos difíceis durante a prestação de cuidados” e quais os “Aspectos positivos e negativos da prestação de cuidados”, os cuidadores conseguiram identificar atributos positivos em si próprios, demonstrando iniciativa e referindo estratégias para lidar com a situação e o papel de ser cuidador. Os cuidadores fizeram um esforço para mudarem alguns comportamentos e atitudes mencionando conseguir conciliar tarefas e encontrar estratégias adaptativas no sentido de superar as dificuldades e aumentar a sua autoestima, contudo o apoio e presença do enfermeiro continua a ser fundamental em todo o processo.

6.5. Divulgação Dos Resultados

Para divulgação dos resultados e validação do diagnóstico foi efetuada uma apresentação à equipa de enfermagem, com os dados obtidos na fase de diagnóstico. Estes resultados vieram de encontro ao conhecimento empírico dos enfermeiros.

Assim, foi feita uma formação aos enfermeiros da UCC no sentido de estarem despertos para possíveis alterações na área de saúde mental no cuidador, uma vez que a identificação de alterações do estado mental no cuidador precocemente e o encaminhamento para um profissional da área da especialidade para realização de um diagnóstico adequado previnem possíveis complicações e promovem o bem-estar psicológico da pessoa.

Para divulgação de todas as etapas do nosso projeto elaboramos um artigo (apêndice I) onde está exposto o nosso Projeto de Intervenção em Serviço.

7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A ética pode ser entendida como, o conjunto de permissões e interdições, que tomam um significado importante na vida das pessoas e, nos quais estas se inspiram para orientar a sua ação. Fortin menciona que a ética “(...) é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta”. (Fortin, 2000, p. 114)

A autora supracitada acrescenta ainda que, *“Todo o investigador está sob responsabilidade penal, civil e deontológica, no que concerne às leis e as regras internas que regem as associações profissionais. O investigador tem também obrigações e responsabilidades morais para com a sociedade a comunidade científica e os participantes nos projectos de investigação”*. (Fortin ,2000, p.116)

Para a realização do projeto foi necessário pedir autorização prévia quer à Directora Executiva da UCC do projeto, bem como o consentimento informado aos entrevistados (Apêndice II).

Todos os cuidadores abordados para integrarem no projeto aceitaram participar, sendo entrevistados 20 cuidadores informais. Os mesmos, após esclarecimento, assinaram um consentimento informado contendo informação ao cuidador sobre a natureza, a finalidade da investigação e os métodos utilizados, salientando os benefícios e a importância da sua participação no projeto, para que os participantes decidissem livremente sobre a sua participação no mesmo.

A aplicação de uma investigação aos indivíduos, pode interferir com os direitos individuais dos mesmos. Deste modo, é necessário tomar medidas adequadas, no sentido de preservar esses direitos, nomeadamente, o direito à autodeterminação, intimidade, anonimato, confidencialidade, protecção contra o desconforto e o prejuízo e, ao tratamento justo e leal (Fortin, 2000).

Na realização das entrevistas, foi assegurado em todos os momentos, o direito à privacidade, ao anonimato e à confidencialidade dos dados. Foi igualmente esclarecido

que a identidade dos participantes nunca seria mencionada, assegurando a não utilização dos dados para outro fim que não o deste projeto.

Em todos os momentos respeitamos as decisões dos cuidadores, esclarecendo que a não adesão ao projeto não teria qualquer tipo de prejuízo ou represália para si ou para a pessoa dependente.

PARTE II – PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA

8. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Tendo como referencial orientador à prática as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, o regulamento das mesmas, definido pela Ordem dos Enfermeiros (2010) afirma que na prática clínica especializada em enfermagem de saúde mental, as intervenções no âmbito psicoterapêutico do enfermeiro possibilita a realização de um juízo singular, levando a intervenção terapêuticas eficazes na promoção e proteção da saúde mental, prevenção de doença mental, tratamento e reabilitação psicossocial.

Na prática profissional, é fundamental o uso de pensamento crítico, sendo que o mesmo se reveste de uma enorme importância, ao definir as condições sobre as quais as conclusões válidas são descritas. O pensamento crítico facilita a compreensão e aplicação do processo de enfermagem.

De acordo com o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental da Ordem dos Enfermeiros “*A especificidade da prática clínica de enfermagem em saúde mental engloba a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competência psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade (...).*” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 2)

Somente com a auto-análise e auto-reflexão dos nossos próprios comportamentos e cuidados prestados, podemos detetar falhas e melhorar na qualidade dos mesmos. Indo assim de acordo com a competência: **Detém um elevado**

conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.

O enfermeiro, como todos os indivíduos, tem mecanismos e capacidades que lhe permitem refletir, criticar e avaliar-se a si próprio levando a uma avaliação dos cuidados prestados à pessoa. As competências de refletir e criticar o trabalho efetuado possibilitam a realização de uma avaliação e consequente aperfeiçoamento da prática realizada e da relação estabelecida com o cuidador.

Camacho & Santo referem que “*Compreender nossas acções, pode nos levar a perceber que a enfermagem não é somente um conjunto de técnicas, mas um processo criativo que envolve sensibilidade.*” (Camacho & Santo, 2001, p.16)

Para Waldow “*A prática reflexiva é considerada elemento-chave para a formação profissional, não só para principiantes, mas como um processo a ser desenvolvido de uma forma continua.*” (Waldow, 2009, p. 185)

Boyd & Fales (1983) citado por Queirós et al mencionam “*a aprendizagem reflexiva é o processo de análise interior e de explorar um tema em estudo desencadeado por uma experiência que cria e clarifica a significação para a própria pessoa e que resulta numa mudança de perspectiva conceptual.*” (Queirós et al, 2000, p.35)

O enfermeiro especialista em saúde mental ao refletir sobre o seu comportamento promove uma relação de confiança e de empatia com a pessoa facilitando o processo terapêutico.

Na relação terapêutica estabelecida respeitámos e valorizámos sempre os sentimentos, emoções, valores culturais e espirituais da pessoa que entrevistámos, bem como as nossas próprias emoções e sentimentos e valores culturais e espirituais. Assim, foi possível estabelecermos uma relação de confiança com a pessoa.

Escutámos ativamente o cuidador demonstrando disponibilidade e autenticidade, tentando identificar fatores promotores de bem-estar, assim como, fatores desencadeantes de perturbações mentais.

Amaro refere que “ (...) *todos os anos milhões de pessoas em todo o mundo são afectadas por perturbações mentais. Segundo uma estimativa da Organização Mundial de Saúde, cerca de 500 milhões de pessoas poderão vir a sofrer de perturbação mental*”. (Amaro, 2005, p.41)

Com o intuito de melhorar a nossa actuação perante o cuidador realizámos um estágio de observação no serviço de psiquiatria de um hospital da margem sul do Tejo. O qual decorreu entre Abril e Maio de 2012.

A Enfermagem de Saúde Mental depara-se com vários desafios no exercício da profissão “ (...) *relacionam-se com aspectos dos cuidados a pessoas com problemas que vão, desde os distúrbios mentais graves e incapacitantes, a problemas de saúde mental que são menos incapacitantes mas também de natureza prolongada.*” (Stanhope e Lancaster, 1999, p.758)

A saúde mental e a promoção do bem-estar psicológico são um assunto de importância emergente nas sociedades contemporâneas. Hoje em dia, milhões de pessoas sofrem de um qualquer tipo de perturbação ou doença mental.

Estudos anteriores têm vindo a demonstrar que as pessoas que prestam cuidados a familiares durante longos períodos, como acontece no nosso projeto, frequentemente sofrem alterações adversas em várias e importantes áreas da sua vida: alterações na vida familiar e social, problemas económicos e laborais, cansaço e desgaste prolongados, a nível físico e psíquico. (Brito, 2000; Gonçalves et al, 2006)

A identificação de um correto diagnóstico adequado às necessidades da pessoa proporciona à mesma a promoção da sua saúde, assim como o desenvolvimento pessoal e de reabilitação para que esta seja mais autónoma.

A realização deste estágio permitiu-nos a aquisição de competências relacionais e de intervenção terapêutica na prática de cuidados especializados em saúde mental e psiquiatria, através da observação e realização de entrevistas de ajuda individualizada à pessoa e família e observação de intervenções no âmbito psicoterapêuticos à pessoa e família pela equipa de enfermagem.

Foi possível igualmente observarmos todo o envolvimento da equipa multidisciplinar, dinâmicas de grupo e algumas técnicas de âmbito terapêuticos e psicoterapêuticos fundamentais à reinserção psicossocial da pessoa visando alcançar a melhoria do funcionamento pessoal, familiar e social da mesma.

Todas estas atividades revelaram-se de extrema importância posteriormente no contacto com o cuidador na UCC do projeto.

De acordo com a competência, **Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental**, foram efetuadas sessões no âmbito psicoterapêuticos através do estabelecimento de uma relação de ajuda em enfermagem de carácter individual ao cuidador durante as visitas domiciliárias.

A Enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria encontra a sua razão de existir na pessoa que cuida, assentando os seus pressupostos na comunicação, no comportamento humano e na relação de ajuda, sendo o seu objeto de estudo a resposta humana aos problemas de saúde mental e os processos de vida, proporcionando assim uma psicoeducação e adaptação psicossocial ao longo do ciclo vital.

Através da comunicação estabelecida tentámos identificar quais necessidades do cuidador, bem como, as suas capacidades internas e recursos externos que fossem promotores de bem estar e susceptíveis de menor sobrecarga para o mesmo.

Chalifour destaca a comunicação na relação de ajuda profissional, afirmando que *“(...) a comunicação, que toma a forma particular de uma relação, a entrevista que resulta desta relação e, as intervenções com carácter psicoterapêutico”*. (Chalifour, 2002, p.28)

O enfermeiro especialista de saúde mental deve utilizar técnicas de comunicação (verbal e não verbal) adequadas com o objetivo de estar desperto e capaz de clarificar a compreensão das manifestações do cuidador.

O enfermeiro deverá igualmente escutar ativamente, respeitar a individualidade de cada um, ter atitude empática e ser assertivo, utilizando sempre uma linguagem clara e assertiva.

Lazure refere que *“Escutar é um acto exigente que obriga a um empenhamento total por parte do Enfermeiro que quer captar todos os indicadores emitidos pelo cliente, tanto verbal como não verbalmente. A escuta total exige uma vigilância sensorial completa, intelectual e emocional, e é necessário saber que esta vigilância consome muita energia”* (Lazure, 1994, p. 107).

A escuta activa permitiu-nos captar toda a mensagem que foi transmitida pelo cuidador, possibilitou a nossa entrada na realidade vivida e experienciada pelo cuidador, assim como compreender todo o significado que esta experiência tem para o próprio. Desse modo promovemos, não uma simples comunicação, mas uma verdadeira interacção entre ambos.

Na relação terapêutica, o enfermeiro deverá respeitar-se a si próprio e ao outro. Lazure afirma *“respeitar o cliente é aceitar humanamente a sua realidade presente de ser único, é demonstrar-lhe verdadeira consideração por aquilo que ele é, com as suas experiências, os seus sentimentos e o seu potencial”* (Lazure, 1994, p. 51)

Considerada a pedra basilar da relação de ajuda a empatia é talvez uma das capacidades que exige mais trabalho para se aperfeiçoar. Lazure diz que *“para desenvolver a empatia, a enfermeira deve afastar-se das suas preocupações pessoais e dar provas de flexibilidade suficiente para por de lado o seu quadro de referências habitual a fim de mergulhar no do cliente”*. (Lazure, 1994, p. 77)

Para ser empático o enfermeiro deve aumentar a sua capacidade de estar em contacto próximo com o outro, desenvolver a capacidade de se colocar verdadeiramente no lugar do outro, vendo o mundo como ele o vê, mas deve ao mesmo tempo apoiar-se solidamente na sua realidade pessoal para dessa forma não perder a sua própria identidade e perceber que aquele problema é do outro e não seu. Para se ser empático tem de se centrar totalmente no outro para dessa forma tentar captar toda a mensagem, todas as vivências, sentimentos e experiências.

A especificidade da função do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, distingue-se pelo seu carácter relacional e uso intencional de si próprio, de acompanhamento e orientação da pessoa em sofrimento na sua relação com os outros e consigo própria.

Atendendo à competência, **Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.**

O cuidador e a pessoa dependente estão inseridos numa família, comunidade, sociedade com os quais interagem continuamente e são influenciados.

O conhecimento do contexto familiar, social e cultural do cuidador demonstrou ser muito importante pois assim foi-nos permitido observar a relação existente entre o cuidador e a pessoa dependente tendo em conta as estruturas ambientais, condições de vida e hábitos dos mesmos.

O cuidador toma consciência e compreende que faz parte da equipa de cuidados à pessoa conjuntamente com o enfermeiro.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros *“As pessoa que se encontrem a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental (EESM), diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam. O EESM compreende os processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1)

O trabalho desenvolvido junto do cuidador foi sempre sendo partilhado com a restante equipa multidisciplinar. Deste modo, outra intervenção efetuada foi a formação aos enfermeiros da UCC, sensibilizando os mesmos para a detecção de possíveis alterações do estado mental do cuidador. Estas alterações podem ser identificadas durante as entrevistas no decorrer da visitação domiciliária.

O contexto social e cultural da pessoa apresenta-se como um ponto muito importante no desenvolvimento da pessoa ao longo do seu percurso de vida. O enfermeiro deverá compreender os hábitos e crenças das pessoas para prevenir expectativas irrealistas nas mesmas. (Neeb, 2000)

Segundo Sequeira (2010), existem várias repercussões associadas ao cuidar, nomeadamente, físicas, como cefaleias, dores muscular e cansaço; psicológicas, alterações do sono, tristeza, irritabilidade e tensão nervosa e ainda a nível económico, devido aos gastos associados ao cuidar.

Pereira acrescenta que *“Assumir a responsabilidade pelo cuidar de alguém traduz-se num evento significativo e com múltiplas repercussões, pela dimensão física que implica; pela duração prolongada no tempo em que habitualmente decorre; pela possibilidade de diminuição dos contactos sociais; pela alteração dos relacionamentos ou pela necessidade de re-organização da vida pessoal.”* (Pereira, 2011, p.20)

Estudos revelam que a sobrecarga inerente ao cuidar é correlacionada positivamente com a depressão, sendo que quase metade dos cuidadores tem risco potencial para o desenvolvimento de depressão clínica. (Zarit, 1997 citado por Cerqueira e Oliveira, 2002; Papastavrou et al.,2007). Essa percentagem assemelha-se a outros estudos, sendo a correlação, possivelmente, explicada pela longa duração do cuidar, que vai de 1 a 13 anos, e pelas tensões envolvidas neste papel. Para compreensão e validação do fenómeno em estudo verificamos que 75% dos cuidadores entrevistados apresentavam uma duração do cuidar superior a 1 ano.

Cordioli et al (2004) definem alguns aspectos a considerar na avaliação do estado mental da pessoa, nomeadamente:

- ✓ **Aparência** que inclui o modo de andar, postura, roupas, adornos e maquilhagem, higiene pessoal, cabelos, atitude (amigável ou hostil), humor ou afecto predominante, modulação afectiva, sinais ou deformidades físicas importantes, idade aparente, as expressões faciais, contacto visual. Uma Postura encurvada e/ou desleixo no modo de vestir-se pode sugerir tristeza, o uso de roupas extravagantes e o excesso de adornos fazem pensar em mania ou características históricas de personalidade, pouco contacto de olhar pode indicar vergonha, ansiedade ou dificuldade de relacionamento;
- ✓ **Actividade psicomotora e comportamento:** agitação manifestando um caminhar constante; tensão; ansiedade; balançar os pés ou pernas; roer as unhas; enrolar o cabelo frequentemente ou retardo revelando lentificação

geral dos movimentos, da fala e do curso do pensamento; humor deprimido e respostas monossilábicas;

- ✓ **Atitudes perante o enfermeiro:** Amigável, cooperativa, irônica, hostil, defensiva, sedutora ou ambivalente;
- ✓ **Comunicação com o enfermeiro:** Tipo de comunicação pode ser descrito como normal, loquaz (verborreico), taciturno (tristonho), prolixo (excessivo), volúvel (inconstante), não espontâneo; A verbalização pode ser rápida, lenta, tensa, hesitante, emotiva, monótona, forte, sussurrada, indistinta; Existência de efeitos na fala, ex. Gagueira;
- ✓ **Sentimentos despertados:** O enfermeiro deve referir os sentimentos que a pessoa suscitou em si próprio. Geralmente são sentimentos de tristeza, pena, irritação, desejo de ajudar.

Quanto às funções mentais, Cordioli et al (2004) consideram que se deverá avaliar a Consciência, Atenção, Sensopercepção, Orientação, Memória, Inteligência, Afectividade e Humor, Pensamento, Juízo Crítico, Conduta, Linguagem. Alterações presentes nas 5 primeiras funções sugerem demências, enquanto, que alterações nas 5 últimas sugerem síndromes psicóticas e/ou transtornos de humos. (Cordioli et al, 2004).

Na presença de outro tipo de sintomas, tais como, anedonia; isolamento marcado; tristeza prolongada ou apatia; ansiedade constante; medos ou desconfiança sem causa aparente; anorexia; insónias constantes; dificuldades de concentração; ideação suicida; auto ou hétero-agressividade; perda de autoestima; fadiga e cansaço fácil pode ser necessário encaminhamento para o médico de família, o qual poderá considerar pertinente encaminhar para consultas de psiquiatria no hospital da área de residência.

Segundo o artigo 83º, alínea b) do Código Deontológico do Enfermeiro da Ordem dos Enfermeiros citado por Germano et al “*O enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever de orientar o individuo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência.*” (Germano et al, 2003, p.65)

O enfermeiro especialista de saúde mental, tal como já foi mencionado, visa a reabilitação psicossocial e a psicoeducação com o intuito de alcançar a melhoria do

funcionamento pessoal, familiar e social da pessoa. Este tipo de intervenções objetivam reduzir os efeitos da doença, promover a aprendizagem, levando à recuperação de competências funcionais e relacionais da pessoa.

Os ensinamentos personalizados, são fundamentais para o envolvimento do cuidador, atribuindo-lhes poder, liberdade, informação e confiança, permitindo-lhes tomar decisões e participar ativamente. Torna-se necessário capacitar, informar, incentivar, motivar e reconhecer a participação do cuidador, para garantir a continuidade dos cuidados. A sua participação é fulcral para conseguir dar resposta às necessidades dos cuidados na ausência do enfermeiro.

Estudos efetuados revelam que quase todos os programas de suporte ao cuidador informal propõem a realização de sessões psicoeducativas em grupo. (Egea et al, 2008)

O regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental da Ordem dos Enfermeiros refere que *“A psicoeducação (...) é destinada a ajudar pessoas com doença mental, ou qualquer pessoa com interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos factos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa. É também uma maneira de desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 16)

Deste modo, face às necessidades identificadas no cuidador, foi realizada uma sessão Psicoeducativa denominada, *“A experiência de ser cuidador”*. O objetivo desta sessão consistiu em o cuidador falar sobre a sua experiência, sentimentos, dúvidas e dificuldades sentidas aquando da prestação de cuidados.

A atividade desenvolvida vai de encontro com a competência, **Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.**

Assim, inicialmente procedeu-se à apresentação do projeto e do grupo permitindo “quebrar o gelo” e criar um ambiente de maior confiança. Posteriormente, ao

longo da sessão os cuidadores foram falando sobre as suas experiências partilhando ideias e emoções. Todas as dúvidas colocadas foram esclarecidas.

Foram convidados cerca de 20 cuidadores, mas a adesão à sessão não foi grande, estando presentes apenas 2 cuidadores, no entanto, no final, quando questionados sobre a pertinência da sessão referiram que a mesma tinha sido muito importante e esclarecedora e que mais cuidadores deveriam estar presentes pois tinham aprendido e esclarecido muitas dúvidas, sendo bastante enriquecedor e principalmente constataram que existe mais pessoas em situações semelhantes.

Nas visitas domiciliárias seguintes, alguns cuidadores quando questionados do porquê de não irem à sessão referiram que não tinham ninguém disponível e de confiança para deixarem com a pessoa dependente e tinham medo de a deixar sozinha. Outros cuidadores mencionaram que pelas suas próprias limitações físicas também não conseguiram ir à sessão.

De facto, e como já foi exposto anteriormente, na população a que se refere este projecto, não verificamos hábitos de entre ajuda com vizinhos ou amigos e, normalmente, os cuidados à pessoa são assegurados sempre pelo mesmo cuidador, não havendo assim grande envolvimento dos restantes elementos da família.

Neste sentido, analisando este facto supramencionado torna-se essencial a constante articulação com a equipa multidisciplinar, com o intuito de colmatar algumas lacunas que possam dificultar ou prejudicar o papel do cuidador, nomeadamente na aquisição de conhecimentos e competências para melhor cuidar da pessoa dependente.

9. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

No Decreto-lei 74/2006 de 24 de Março, artigo 18º, nº4 é possível verificar que *“No ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional.”*

A complexidade crescente de atuação dos enfermeiros exige o desenvolvimento de competências, expressas pelos seus conhecimentos e habilidades reveladores de atitudes e tomadas de decisões de níveis superiores e especializados.

Assim, juntamente com as competências de enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, um enfermeiro Mestre em Enfermagem na área de Saúde Mental e Psiquiatria deverá adquirir e desenvolver competências específicas referentes ao grau de Mestre.

A primeira competência de Mestre requer que o enfermeiro: **Demonstre competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.**

Na prática de cuidados o enfermeiro realiza uma constante e exaustiva análise do cuidador, pessoa dependente e todo o meio envolvente, o que lhe permite desenvolver intervenções especializadas atendendo à pluralidade de cada situação e diversidade de contextos subjacentes a cada caso.

Benner menciona que uma enfermeira perita *“(...) tem uma enorme experiência compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções (...)”* (Benner,2001,p.58)

No entanto as intervenções vão-se alterando e adaptando-se de forma continua consoante o evoluir da situação, tendo sempre por base uma dimensão ética e

deontológica inerente, assegurando o respeito, confidencialidade e autonomia do cuidador.

Ao longo das visitas domiciliárias foi possível interpretarmos e compreendermos o outro e as diferentes situações, levando a constantes avaliações visando a melhor adaptação à presente situação de cada cuidador.

Relativamente à segunda competência de Mestre: **Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas**, a formação é essencial ao Homem para o seu desenvolvimento e evolução, quer a nível pessoal quer profissional.

Assim, reflectindo sobre a prática e sobre os conhecimentos detidos e adquiridos, podemos conhecermo-nos a nós próprios ajustando as nossas necessidades de formação.

Benner menciona que a formação “(...) *é indispensável para obter profissionais de alto nível capazes de analisar as situações mais complexas.*” (Benner, 2001, p.207)

Para Hesbeen a formação “(...) *é a oportunidade de prosseguir e aprofundar o despertar para a maravilha do outro e para as «coisas da vida», bem como a estetização e a revelação da beleza e da utilidade dos cuidados de enfermagem.*” (Hesbeen, 2000, p.138)

A formação permite alargar horizontes e aprofundar conhecimentos, levando a maiores responsabilidades.

Consideramos que a realização do curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria permitiu-nos a aquisição e desenvolvimento de novas aprendizagens levando, enquanto enfermeiros especialistas, a uma prática especializada dos cuidados. Alguns módulos do curso, tais como “Narrativas de Vida” e “Desenvolvimento Pessoal em Enfermagem” conduziram a uma maior interiorização de nós próprios, levando-nos a pensar sobre o nós e sobre a relação do nós com o outros, o que se revelou de extrema importância para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional.

Analisando a terceira competência de Mestre: **Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva**, tal como já foi mencionado, no desenvolver do nosso projeto ocorreu um envolvimento e colaboração de toda a equipa multidisciplinar.

O cuidador e a pessoa dependente necessitam de cuidados activos e totais, não apenas de equipa de enfermagem mas sim de toda a equipa multidisciplinar. Como enfermeiros especialistas é fundamental ser-se proactivo, de forma a compreender e resolver situações em múltiplos contextos. É fundamental integrar uma equipa multidisciplinar para que todas as áreas possam contribuir para o conforto e qualidades de vida do cuidador e pessoa dependente.

A quarta competência de Mestre implica que o enfermeiro: **Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos.**

A tomada de decisões está ligada a uma dimensão ética na prática e na formação de cada enfermeiro, esta exige responsabilidade e conhecimentos sólidos.

Mendes (2009) menciona que *“Assegurando, na sua prática, a especificidade da natureza dos cuidados de enfermagem adequados às necessidades reais e potenciais da pessoa ou grupo, suportadas na evidência científica, na ética e deontologia profissional pode garantir-se cuidados de qualidade.”* (Mendes, 2009, p.169)

Após definirmos os nossos diagnósticos de situação procedemos ao planeamento das atividades adequados a cada situação. Inicialmente, delineamos também, os nossos objetivos.

Posteriormente seguiu-se a implementação das atividades, onde avaliamos os resultados, com o intuito de identificar se os resultados alcançados seriam os previstos inicialmente, e quais os possíveis ganhos em saúde obtidos para o cuidador.

A divulgação dos dados obtidos e a demonstração da existência de sobrecarga no cuidador baseada na evidência permitiu-nos contribuir para uma melhoria dos cuidados de enfermagem de forma especializada ao cuidador e à pessoa de pendente da UCC do

projeto, indo assim de encontro à quinta competência de Mestre: **Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.**

Smyth e Craig (2004) referem que *“A prática baseada na evidência tem sido descrita como “fazer bem as coisas certas” (...), não só fazer as coisas de uma forma mais eficaz e com os mais elevados padrões possíveis, mas também assegurar que o que é feito, é feito “bem” – para que se obtenham mais resultados benéficos do que nocivos.”* (Smyth e Craig, 2004, p.4)

A existência de evidências de outros estudos efectuados por outros autores na área do nosso projeto contribuiu igualmente para que a realização deste fosse mais actual e adequado, visando deste modo uma prática mais especializada.

A realização deste projeto e a frequência no Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria vai de encontro à sexta competência de Mestre que requer que o enfermeiro: **Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.**

CONCLUSÃO

Com o aumento da esperança média de vida e, conseqüentemente, o envelhecimento da população, cada vez mais surgem pessoas dependentes a necessitar de cuidados.

Atualmente verifica-se que a ideia da pessoa permanecer no seu domicílio é prevaiente à de ser institucionalizada, emergindo assim o conceito de cuidador informal. O cuidador informal é a pessoa que presta cuidados à pessoa dependente, podendo ou não, ser um elemento da família. Constatámos no nosso projeto, tal como em outros estudos, que este papel está muitas vezes relacionado com o género e grau de parentesco. Assim, essencialmente o cuidador informal são mulheres, elementos da família, esposa, filha, irmã ou nora.

O cuidar de uma pessoa dependente revela repercussões no cuidador a múltiplos níveis, quer físicos, psicológicos e socioeconómicos.

O processo de prestação de cuidados caracteriza-se como um processo complexo e dinâmico, com constantes variações, ao longo do tempo. Dependente das necessidades e sentimentos de quem presta e de quem recebe os cuidados, da evolução da doença e da situação de dependência, do contexto familiar e da fase do ciclo familiar, das redes de apoio social, das crenças pessoais e, fundamentalmente, de como todos esses factores são compreendidos e interiorizados pelo cuidador.

Neste sentido, a enfermagem em saúde mental a nível comunitário é uma realidade cada vez mais presente, levantando novos desafios aos profissionais de saúde que atuam na comunidade.

A elaboração de um diagnóstico de enfermagem e o conhecimento, por parte do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, das respostas utilizadas pelos cuidadores informais, permitir-lhe-á planear as suas intervenções visando identificar quais os prestadores de cuidados em situação de maior risco, e nesses casos, ajudá-los a

identificar os principais obstáculos inerentes ao cuidar para que sejam desenvolvidas novas estratégias para a abordagem da situação.

Sendo os cuidadores ativos na prestação de cuidados, os enfermeiros deverão trabalhar em parceria com os mesmos garantindo uma assistência holística, preparando o cuidador não só a nível técnico como também estruturando intervenções que previnam ou minimizem a sobrecarga sofrida.

Os enfermeiros de saúde mental e psiquiatria deverão conhecer a fragilidade e real necessidade da dinâmica familiar e situação de dependência. O vínculo entre o cuidador e a pessoa dependente deverá ser alicerçado, de forma a, que o cuidador não se sinta tão sobrecarregado e possa efetivar a sua autonomia numa relação terapêutica satisfatória.

Do projeto realizado concluímos que existe sobrecarga nos cuidadores informais, podendo ser ligeira ou intensa, no entanto a permanência da pessoa dependente no domicílio é uma vontade comum a todos os cuidadores.

Após a análise dos dados concluímos igualmente que há necessidade de realização e implementação de um projeto comunitário baseado na prestação de cuidados de enfermagem em saúde mental, visando a prevenção e promoção de autonomia e apoio ao cuidador. Ainda existe pouco envolvimento de outros membros da família estando assim todas as responsabilidades sobre um único cuidador levando à presença de sobrecarga e consequências negativas a nível físico, psicológico, social e financeiro.

Concluímos, ainda que, a formação em cuidados de enfermagem de saúde mental são fundamentais na equipa de enfermagem da UCC na prevenção e deteção precoce de alterações na área da saúde mental.

A realização deste projeto permitiu-nos o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria dando resposta na área da prevenção, elaboração de diagnósticos em enfermagem, planeamento e intervenções ao cuidador. É importante salientarmos que as aulas teóricas, e orientações dadas pelo professor orientador conferiu-nos um suporte para que todo este trabalho fosse desenvolvido.

Fazendo uma retrospectiva geral de todas as experiências que nos foram facultadas podemos afirmar que todas elas, contribuíram para que conseguíssemos atingir os objetivos e atividades por nós planeadas, o que levou igualmente a que as nossas expectativas pessoais em relação a este momento de aprendizagem fossem superadas de forma muito positiva, contribuindo assim para a nossa formação como futura enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria.

Na aplicação deste projeto detectou-se algumas limitações, nomeadamente aquando das intervenções junto ao cuidador. Não tanto na abordagem individual mas sim na sessão psicoeducativa realizada onde a adesão foi muito baixa. Como tal, é basilar pensar sobre modos de divulgação do projeto, alternativas para motivar o cuidador a participar e tentar encontrar formas para que os mesmos se sintam capazes de se deslocar do seu domicílio por um período de tempo sem suscitar sentimentos negativos pela sua ausência.

Esperamos que este projeto possa ter continuidade junto do cuidador. Foi notório um interesse e motivação pela equipa de enfermagem em dar seguimento ao projeto, logo quando possível.

O impacto produzido na saúde pelo desempenho do papel de cuidador, representa um desafio não só a nível político e social, como também para os profissionais de saúde no que concerne à oferta de estratégias de intervenção facilitadoras do processo de adaptação do cuidador informal.

Torna-se assim, evidente a importância em investir na coexistência e melhor articulação entre a rede formal e a rede informal preocupando-nos com o cuidador informal enquanto parceiro mas também como pessoa que necessita dos cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLIGOOD, M. R. & TOMEY, A. M. (2004). Teóricas de Enfermagem e sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. 5ª edição. Loures: Lusociência- Edições técnicas e científicas, Lda^a,;

ALMEIDA, T.L. (2005). Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da saúde da família. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo;

AMADO, J. (2000). A técnica de análise de conteúdo. Referência. Coimbra. Nº 5;

AMARAL, A. C. (2010). Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.;

AMARO, F. (2005). Factores Sociais e Culturais da Esquizofrenia. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas;

BENNER P. (2001) De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto Editora;

BERNARDO, F. (1999). Acolher, escutar, entender e estimar a pessoa doente. Enfermagem oncológica. Porto. Ano 3. n.º10,;

BOOF, L. (2008). Saber cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra. Vozes, Petrópolis, 15ª edição;

BOTELHO, J. R. (1994). Pedagogia do projecto. Enfermeiro em foco, n.º14, (pp.35);

BRIS, H.J. (1994). Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias. Lisboa: conselho económico e social;

BRITO, M. L. (2000). A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental apresentada à Universidade do Porto: Faculdade de Medicina;

BROCKOPP, D. & HASTING-TOLSMA, M. (2003). Fundamentals of nursing research. Massachusetts: Jones and Bartlett publishers, 3ª Edição;

BURNS, N. & GROVE, S. (2001). The practise of nursing research – conduct, critique & utilization. Philadelphia: Saunders company; 4ª Edição;

CAMACHO, A. C.L.F. & SANTO, F. H. do E. (2001). Reflectindo sobre o cuidar e ensinar em Enfermagem. Consultado em 10 Fevereiro 2012: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n1/11525.pdf>;

CARDOSO, L. et al (2011). Perspectivas Atuais sobre a Sobrecarga do Cuidador em Saúde Mental. Artigo de Revisão. Consultado em 11 Junho 2012: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a33v46n2.pdf>;

CARMO, H. & FERREIRA, M. M. (1998). Metodologia da investigação: guia para a auto-aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta;

CARPENTER, D. & STREUBERT, H. (2002). Investigação qualitativa em enfermagem – avançando o imperativo humanista. Loures: Lusociência; 2ª edição;

CARVALHO N. (2005) Uma reflexão constitucional acerca dos Direitos fundamentais do portador de sofrimento ou transtorno mental em conflito com a lei._Veredas do Direito;

CERQUEIRA, A.T.A.R. & OLIVEIRA, N.I.L. (2002). Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. Psicologia USP. São Paulo, Vol.13, Nº 1;

CHALIFOUR, J. (2002). A Intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial – humanistas da relação de ajuda, Loures: Lusodidácta;

CORDIOLI, A.V., ZIMMERMANN, H.H. & KESSLER F. (2004). Rotina de Avaliação do Estado Mental. Consultado em 4 Abril 2012: <http://www.ufrgs.br/psiq/avalia1.html>;

COSTA, M., & LÓPEZ, E (1986). Salud Comunitaria_ Barcelona: Martínez Roca;

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DO HOMEM (1948). Consultado em 30 Outubro 2011: <http://www.dre.pt/util/pdfs/files/dudh.pdf>;

DIAS, M. do R. (2004). Promoção da Saúde: O Renascimento de uma Ideologia? Análise Psicológica. Lisboa. n.º 3, Série XXII, (Jul. /Set.);

DINIS, R.P.A.B. (2006). A Família do idoso: O Parceiro Esquecido? Cuidar do idoso hospitalizado em parceria com a família, prespetiva dos enfermeiros. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde apresentada na Universidade Aberta;

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (1978). Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde – Declaração de Alma-Ata, OMS;

EGEA, M.P.T., PÉREZ, E.B. & CASTILLO P.D.S. (2008). Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. Artigo de Revisão. Consultado em 28 Maio 2012: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000100002&lang=pt;

FERREIRA, S, (2010). A adaptação do Cuidador Informal como foco da prática de Enfermagem: Um Programa de Intervenção com Matriz Conceptual no Modelo Transaccional de Stress e *Coping*. Revisão sistemática de Literatura. Consultado em 6 Julho 2012: <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/585/1/Revis%C3%A3o%20Sistem%C3%A1tica%20da%20Literatura.pdf>

FIGUEIREDO, D (2007). Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa: Climepsi Editores;

FIGUEIREDO, M. (1997). Trabalho de Equipa – O Contributo dos Enfermeiros, In: Revista Sinais Vitais. N.º 10 (pp.19-20). Coimbra;

FORTIN, M.F. (2000). O Processo de Investigação, da Concepção à Realização, 2º edição. Lisboa: Luso Ciência;

GAZENEUVE, J.; VICTOROFF, D. (1982). Dicionário de Sociologia. (pp..302-304); Lisboa: Verbo;

GEORGE, J. B. (2000) Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed editora;

GERMANO, A. et al (2003). Código Deontológico de Enfermeiro: anotações e comentários. Ordem dos Enfermeiros;

GUERRA, I. (1994). Introdução à Metodologia de projeto. Consultado em 14 Fevereiro 2013: <http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf>;

GONÇALVES, L. H. T. et al. (2006), Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. Consultado em 20 Junho 2012: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a04.pdf>;

HESBEEN, W. (2000). Cuidar no Hospital. Loures: Lusociência;

HESBEEN, W. (2001). Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar. Loures: Lusociência;

HIERNAUX, J. P. et al (1997). Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Editora Gradiva;

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICAS (2011). Dados Estatísticos Censos 2011. Consultado em 17 Outubro 2011: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_censos_indicadores&xpid=CENSOS;

KEMP, N. & RICHARDSON, E. (1995). A Garantia da Qualidade no Exercício da Enfermagem. Lisboa: Artes Gráficas;

LAZURE, H. (1994). Viver a Relação de Ajuda. Lisboa: Luso didacta;

LAROZ, E. et al (2009). Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes. Redalyc, Vol.18, nº1, (pp.69-79);

LOPES, M. J. (2006). A Relação Enfermeiro-Doente – como intervenção terapêutica. Coimbra: Formasau;

LUIS, H. (2000, Setembro). Um Estar... Um Cuidar?. Revista Servir, n.º48, (pp. 227-230);

MARCONI, M. & LAKATOS, E. (2001). Metodologia do Trabalho Científico, 6ª edição. São Paulo: Editora Atlas SA.;

MARTÍN, I. (2005). O cuidado informal no âmbito social. In C. Paúl & A. Fonseca (Coord.). Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi. (pp. 179-202).

MARTINS, T.; RIBEIRO, J.P. & GARRETT, C. (2003). Estudo de Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais. Consultado em 19 Junho 2012: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v4n1/v4n1a09.pdf>;

MENDES, G. (2009). A Dimensão Ética do Agir e as Questões da Qualidade Colocadas Face aos Cuidados de Enfermagem. Consultado em 19 Julho 2012: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a20.pdf>;

MENDONÇA, F.; et al. (2000). Avaliação das necessidades dos prestadores informais dos prestadores informais de cuidados de saúde. Revista Geriatria. Lisboa. Ano 13, nº 127 (pp. 33 – 49);

MESTRINHO, M. G. (1997). O Choque da Realidade dos Enfermeiros no Início da Carreira. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação;

MEYER, D. E.; WALDOW V. R. & LOPES, M.J. M.; (1998). Marcas da diversidade: Saberes e Fazeres da Enfermagem Contemporânea. Porto Alegre: ARTMED;

NEEB, K. (2000). Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental. Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda^a;

NETTO, M. P. (1996). Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada. São Paulo: Editora Atheneu;

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Consultado em 30 Setembro 2011:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf;

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental. Consultado em 30 Setembro 2011: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf;

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Consultado em 10 Fevereiro 2012: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>;

OSÓRIO, L. C. (1996). Família hoje. (pp.17-18). Porto Alegre: Artes Médicas;

PAIN, S. (2002). Teoria e técnica da arte-terapia: a compreensão do sujeito. Artes médicas/Dinalivro;

PAPASTAVROU, E. et al. (2007). Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. Journal of Advanced Nursing, Oxford, v.58, n.5,(pp. 446-457);

PEREIRA, H. (2011). Subitamente Cuidadores Informais! A experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado. Tese de Doutoramento em Enfermagem apresentada à Universidade de Lisboa com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;

PEREIRA, M. & FILGUEIRAS, M. (2009). A Dependência no Processo de Envelhecimento: Uma Revisão sobre Cuidadores Informais de Idosos. Artigo de Revisão. Revista da atenção primária a saúde. Vol. 12. nº1 (pp. 72-82);

PEREIRA, M. & SAMPAIO, D. (2011). Psicoeducação Familiar na Demência: da clínica à saúde pública. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Nº29 (pp. 3-10);

PERRY, A. G. & POTTER, P. A. (2003). Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e procedimentos. 5ª edição. Loures: Lusociência;

PINTO, V. F. (1991). A importância da família no universo da saúde. *Servir*. Volume 39, nº 5 (pp.236-251). Lisboa;

POLIT, D. & HUGLER, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*, 3ª edição, Porto Alegre;

POTTER, P. A. & PERRY, A. G. (2000). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos, processo e práticas*, 4ª edição; 1º volume; Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;

QUEIRÓS, A., SILVA, L. C. C. & SANTOS, E. M. dos (2000). *Educação em Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora;

RICARTE, L. (2009). *Sobrecarga do Cuidador Informal de Idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto;

ROCHON, A. (1996). *Educación para la salud*. Barcelona: Agence d'ARC Inc.;

RODRIGUEZ, B. E. et al. (2001). Cuidadores Informais: necesidades y ayudas. *Revista de Enfermería, Rol*. Volume 24, nº 3 (pp. 183-189);

RUIVO, M. A. et al (2010). *Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. Percursos*. Nº 15. Setúbal;

RYCE, R. (2001). *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários: Conceitos e Aplicação*, Lusociência: Loures;

SANTOS, P. (2003). *Cuidados Continuados de saúde e Apoio Social: Uma reflexão no âmbito da promoção da saúde*. Lisboa;

SANTOS, P.A. (2005). *O Familiar Cuidador em Ambiente Domiciliário. Sobrecarga física, emocional e social*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública apresentada na Escola nacional de Saúde Pública/ Universidade Nova de Lisboa;

SEQUEIRA, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lidel-edições técnicas, Lda. Lousã.

- SERRÃO, D. & NUNES, R. (1998). Ética em Cuidados de Saúde. Porto: Porto Editora;
- SILVA, R. R. da; MALUCELLI, A. & CUBAS, M. R. (2008). Classificação de Enfermagem. Mapeamento entre Termos do Foco da Prática. Revista Brasileira de Enfermagem, REBEn. Volume61, nº6. (pp.835-840);
- SMYTH, J.V. & CRAIG, R.L. (2004). Prática Baseada na Evidencia-Manual para Enfermeiros. Loures: Lusociência;
- SOBREIRA, N. R. (1981). Enfermagem Comunitária. Rio de Janeiro: Editora Interamaricana;
- SORENSE & LUCKMANN (1998). Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica. 1ª edição. Lisboa: Lusodidacta;
- STANHOPE, M. & LANCASTER, J. (1999). Enfermagem Comunitária. 4ª edição. Lisboa: Lusociência;
- STUART, G. & LARAIA, M. T. (2001). Enfermagem Psiquiátrica – princípios e prática. 6ª edição. Porto Alegre: Artmed Editora;
- TOWNSEND, M. C. (2002). Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados. 3ª edição. Lisboa: Guanabara Koogan;
- VALA, J. (1990). A Análise de Conteúdo, In: SILVA, A. S. & PINTO, J. M.. Metodologia das Ciências Sociais. 4ª edição. Lisboa: Editora Afrontamento;
- VIEIRA, C.P.B. et al (2009). Práticas do Cuidador Informal do Idoso no Domicílio. Artigo de Revisão. Consultado a 28 Maio 2012:
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a23.pdf>

APÊNDICES

A EXPERIÊNCIA DE SER CUIDADOR A SOBRECARGA NO CUIDADOR INFORMAL



Ferreira, Isabel²;

Lopes, Joaquim³

Resumo

Este projeto visa responder, sob a perspectiva da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, à sobrecarga do cuidador informal numa UCC na margem sul do Tejo.

Atualmente impera na nossa sociedade uma população cada vez mais envelhecida e com forte prevalência de doenças crónicas, não só a nível físico como mental.

Assim, objetivámos conhecer qual o nível da sobrecarga existente nos cuidadores informais na UCC do projeto. Para tal, utilizamos uma metodologia de projeto, com a realização de um estudo descritivo exploratório e transversal, o que nos permitiu validar o diagnóstico de situação.

Como instrumento de colheita de dados recorreremos à entrevista semi-estruturada e à aplicação da escala de sobrecarga do cuidador. Os dados recolhidos foram introduzidos e tratados no SPSS-versão 12,0 e as questões abertas foram analisadas utilizando a técnica de investigação de análise de conteúdo segundo Vala (1990).

Neste sentido, verificámos a existência de sobrecarga no cuidador, estando esta relacionada com múltiplos fatores e significados atribuídos pelo cuidador relativamente à sua experiência de ser cuidador.

As intervenções planeadas foram: estabelecer de uma relação de ajuda em enfermagem com o cuidador e pessoa dependente, fornecer informação e participar na formação dos enfermeiros da UCC para avaliação de possíveis alterações na área de saúde mental ao cuidador, realizar uma sessão psicoeducativa com os cuidadores para partilha de experiências.

Posteriormente constatámos que os cuidadores se mostraram mais disponíveis para intervenções a nível individual e no seu domicílio que na sessão psicoeducativa.

A permanência da pessoa dependente no domicílio, proporciona a que a enfermagem em saúde mental a nível comunitário, seja uma realidade cada vez mais presente, levantando novos desafios aos profissionais de saúde que atuam na comunidade.

A aquisição e desenvolvimento de competências na área de especialidade de saúde mental e psiquiatria revelam-se fundamentais.

Palavras-Chave: Cuidador informal, Sobrecarga, Enfermagem de Saúde Mental, Comunidade.

² Enfermeira e Mestranda do Mestrado em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS) da Escola Superior de Saúde (ESS).

³ Professor, Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria do IPS da ESS e Doutorando em Enfermagem

Abstract

This project aims to answer from the perspective of Mental Health Nursing and Psychiatry to informal caregiver burden in UCC on the south bank of the Tagus.

Currently prevails in our society an increasingly aging population and high prevalence of chronic diseases, not only the physical but mental.

Thus, we aimed to know what level of burden on existing informal caregivers in UCC project. Therefore, we used a design methodology, achieving a descriptive and exploratory cross, which allowed us to validate the diagnostic situation.

As an instrument of data collection we used the semi-structured interview and the application of caregiver burden scale. The collected data were entered and processed in SPSS version 12.0, and the open questions were analyzed using the technique of content analysis research second Vala (1990).

In this sense, we noticed the existence of the caregiver burden, this being related to multiple factors and meanings attributed by caregivers regarding their experience of being a caregiver.

Planned interventions were: to establish a supportive relationship with the nursing caregiver and the dependent person, provide information and participate in the training of nurses UCC to evaluate possible changes in the area of mental health caregivers, hold a session psychoeducational with caregivers to share experiences.

Later we found that caregivers were more available for interventions at individual and home to the psychoeducational session.

The permanence of the dependent person at home that provides mental health nursing at Community level, a reality that is increasingly present, posing new challenges to health care professionals who work in the community.

The acquisition and development of skills in the area of specialty mental health and psychiatry reveal themselves fundamental.

Keywords: informal Caregiver, Burden, Mental Health Nursing, Community.

Introdução

Indo de acordo com a tendência do envelhecimento demográfico que se verifica nos dias de hoje, constata-se que as pessoas dependentes são cada vez mais idosas, assim como o seu cuidador informal.

A promoção da saúde mental deve ser uma prioridade para qualquer sistema de saúde, pois constitui-se como um pilar fundamental para a manutenção do equilíbrio social, podendo ser implementada em múltiplos contextos com ênfase para a comunidade. (Amaral, 2010)

A permanência da pessoa dependente no domicílio pode causar desequilíbrio no cuidador podendo originar perturbações mentais.

Deste modo, um enfermeiro especialista na área de saúde mental e psiquiatria é fulcral para detectar possíveis alteração e evitar situações de crise e mesmo de ruptura intervindo de forma a aliviar a sobrecarga pessoal e familiar de quem presta cuidados. A antecipação da satisfação das necessidades do cuidador e o apoio ao mesmo podem prevenir situações de descompensação.

Da percepção subjetiva dos profissionais de saúde da UCC e do nosso contacto com os

cuidadores, nas visitas domiciliares, sentíamos que o cuidar da pessoa dependente era desgastante e que poderia alterar a saúde e bem-estar do cuidador.

Contudo, a experiência de cuidar é subjetiva e única para cada pessoa, bem como, as dificuldades e nível de sobrecarga sentidas.

Neste sentido, para a realização do nosso projeto, a nossa pergunta de partida foi **“Existe sobrecarga no cuidador informal, aquando da prestação de cuidados à pessoa dependente integrada na UCC do projeto?”**.

Consideramos este projeto de intervenção pertinente, na medida em que se pode contribuir para uma melhor percepção da alteração profunda da vida familiar quando um membro da sua família está dependente. Esperamos assim, facilitar os cuidados de enfermagem ao cuidador, para que este seja incluído num plano de cuidados, que tenha por base um modelo teórico de enfermagem, sustentando o seu valor imprescindível.

Como objetivo geral deste projeto delimitámos: 1) Conhecer o nível de sobrecarga dos cuidadores informais aquando da prestação de cuidados à pessoa dependente.

Quanto aos objetivos específicos definimos: 1) Caracterizar socio-demograficamente o cuidador informal e a pessoa dependente integrados na UCC do projeto; 2) Caracterizar o grau de dependência da pessoa dependente integrada na UCC do projeto; 3) Conhecer as razões da pessoa integrada na UCC do projeto para assumir ser o cuidador informal; 4) Conhecer as alterações da vida do cuidador integrado na UCC do projeto, quanto ao impacto da prestação de cuidados, relações interpessoais, expectativas face ao cuidar e percepção da auto-eficácia; 5) Conhecer o tipo de cuidados prestados pelo cuidador; 6) Identificar o nível de sobrecarga

inerente aos cuidados; 7) Identificar as dificuldades/necessidades do cuidador informal; 8) Estabelecer uma relação de ajuda em enfermagem com o cuidador.

Metodologia de Projeto

População e Amostra: A UCC do projeto abrange 2 concelhos, sendo que para este projeto consideramos apenas a população do Concelho com a maior área, pelo facto dos seus habitantes serem em maior número e, pelo que provavelmente poderá não existir tanta proximidade com os vizinhos nem hábitos de entajuda. No presente projeto, utilizamos a amostra (n=20) não probabilística por conveniência, devido à disponibilidade dos cuidadores escolhidos. Após serem abordados, todos os cuidadores seleccionados aceitaram participar no projeto.

Colheita de Dados: Os métodos utilizados foram a Entrevista semi-estruturada com elaboração prévia de um guião constituído por duas partes: 1ª com questões dados sociodemográficas do cuidador e pessoa dependente e a 2ª parte com questões relacionadas com 1) Motivos que levaram a ser cuidador, 2) Dificuldades que sente na prestação de cuidados, 3) Satisfação que sente pela prestação de cuidados, 4) Modos de adaptação utilizados para ultrapassar momentos difíceis durante a prestação de cuidados, 5) Aspectos positivos/negativos da prestação cuidados e a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC).

No decorrer das entrevistas, as mesmas foram registadas no ato, escrevendo as respostas dadas pelos entrevistados.

Quanto ao uso da Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), esta foi traduzida e adaptada para a população Portuguesa por Sequeira (2007), a partir da *Burden Interview Scale* de Zarit. A ESC é constituída por 22 questões permitindo avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador (Sequeira, 2010). Cada item é avaliado que forma qualitativa/quantitativa, variando entre Nunca (1), Quase nunca (2), Às vezes (3), Muitas vezes (4) e Quase sempre (5). A pontuação global da escala obtém-se somando todos os itens e oscila entre os 22 e 110. (Sequeira, 2010)

Assim, consoante a pontuação existe um diferente nível de sobrecarga (Sequeira, 2010):

Pontuação	Sobrecarga
< 46	Sem sobrecarga
46-56	Sobrecarga ligeira
>56	Sobrecarga intensa

A recolha dos dados decorreu no período de 26 Setembro 2011 a 8 de Fevereiro de 2012 aquando das visitas domiciliárias, tendo uma pausa letiva entre 16 de Dezembro 2011 a 4 Janeiro 2012.

Análise de Dados: Após o terminus do período de recolha dos dados foi construída uma base de dados no programa SPSS-versão 12.0, o que nos permitiu, o tratamento estatístico dos mesmos, e a sua análise informática.

As questões abertas foram analisadas através da análise qualitativa, utilizando a técnica de investigação de análise de conteúdo, segundo Vala (1990), sendo que a sua descrição tem significado para o problema em causa e reproduz fielmente a realidade dos factos.

No nosso projeto as categorias foram definidas à posteriori. Foram igualmente definidas

unidade de registo, unidade de contexto e unidade de enumeração. (Vala, 1990)

Resultados e Discussão: Caracterizando sociodemograficamente o cuidador, constatamos que todos os cuidadores informais entrevistados são todos do sexo feminino. As idades apresentadas situam-se entre os 52 e os 82 anos de idade, sendo que a média são os 65 anos de idade.

Das entrevistadas 60% são casadas, 25% viúvas, 10% divorciadas e 5% solteiras. Quanto às habilitações literárias 70% o 1º ciclo do ensino básico (4ª classe), 10% referiram ter apenas e 3ª classe, 5% sem escolaridade, 5% só sabem ler e escrever sem ter frequentado a escola e 5% com ensino superior.

Relativamente ao grau de parentesco com a pessoa a quem presta cuidados 40% são esposas, 30% filhas, 5% noras, 25% outros, como amigas próximas ou irmãs.

No tempo de dependência 35% das entrevistadas mencionaram que o seu familiar se encontrava entre 1 a 3 anos, 25% entre 3 a 6 anos, 15% entre 3 a 6 meses e mais de 6 anos e com 10% entre 6 meses a 1 ano.

Segundo os dados colhidos, constatámos que 90% das entrevistadas afirmaram que habitam com a pessoa dependente, contudo somente 60% já vivia com o seu familiar anteriormente à dependência do mesmo. Verificámos ainda que o facto de habitem na mesma residência deve-se, na grande maioria, à alteração da pessoa dependente para a residência do cuidador (90%), e apenas em 10% dos casos se verificou alteração de residência por parte do cuidador.

Relativamente ao tipo de família do cuidador verificamos que 100% respondeu família nuclear.

Quanto ao facto do cuidador ter outras pessoas a seu cargo, além da pessoa dependente, 80% deu resposta negativa, mas 20% afirmaram

que sim, nomeadamente filhos ou outro familiar que necessite igualmente de apoio.

Da análise apuramos igualmente que 100% dos entrevistados prestam cuidados à pessoa dependente 7 dias por semana, e que 90% dos casos são assegurados entre 21 a 24h por dia. Apenas 10% dos entrevistados referiram cuidar entre 1 a 4 horas/dia.

No que concerne ao tipo de cuidado prestados pelo cuidador à pessoa dependente apurámos que, maioritariamente surgem os cuidados de mobilização e alimentação, ambos com 28%, com 22% surgem cuidados relacionados com vestir e despir e com 17% emergem os cuidados de higiene. Salientamos que o mesmo entrevistado pode ter dado mais que uma resposta a esta questão dependendo dos cuidados que presta. Constatámos igualmente que 4% dos entrevistados responderam que prestavam outro tipo de cuidados, nomeadamente, ir às compras ou acompanhar nas consultas médicas.

Analisando as redes de suporte recebidas pelos cuidadores, verificámos que a nível informal 75% dos cuidadores referiu que não recebia auxílio por parte de outros membros da família, apenas 25% mencionaram resposta positiva. Os cuidadores que deram resposta positiva mencionaram que 80% das ajudas prendiam-se com as mobilizações e 20% outro tipo de ajuda, nomeadamente, ir às compras ou acompanhar o cuidador e pessoa dependente nas consultas médicas.

Das entrevistas efetuadas podemos averiguar que 50% dos cuidadores recebem apoio de uma rede de suporte formal, os restantes 50% não recebem. Podemos inferir igualmente que os apoios de rede de suporte formal recebidos pelos cuidadores, advém de instituições particulares, estando integrados em serviço de apoio domiciliário (SAD) e que os cuidados recebidos

são principalmente cuidados de higiene (37%), seguido das mobilizações (33,3%) onde se incluem os levantes e ainda cuidados de vestir e despir (29,6%). A alimentação é efetuada pelo próprio cuidador à pessoa dependente.

Quanto às características sociodemográficas da pessoa dependente verificamos que existe pouca diferença entre sexos, contudo há maior número de homens (55%) que mulheres (45%). Quanto ao estado civil 45% são viúvos, 40% casados, 10% solteiros e 5% divorciados.

Relativamente à média de idades na pessoa dependente, a média de idades encontra-se nos 81 anos.

Das entrevistas realizadas, inferimos que 55% dos entrevistados cuidavam de pessoas com um elevado grau de dependência e 45% com grau ligeiro.

O tipo de dependência prende-se em 65% dos casos com dependência física, 30% com dependência física e mental, designadamente demência por doença de Alzheimer e apenas 5% unicamente dependência mental, síndrome demencial. O tipo de dependência física na pessoa dependente verifica-se principalmente a nível motor (82,6%), seguido dos níveis visual e auditivo (8,7%). Salientamos que a mesma pessoa dependente possa apresentar mais do que um tipo de dependência física.

No que concerne às questões abertas, as mesmas, foram analisadas através da análise qualitativa, utilizando a técnica de investigação de análise de conteúdo, segundo Vala (1990).

Analisando os excertos das entrevistas definimos 5 categorias. A primeira **Motivos para ser cuidador** deduzimos que os mesmos prendiam-se com a disponibilidade para cuidar (E1, E3, E5, E9, E12, E13, E14, E15, E17, E19), existência de laços familiares entre o cuidador e a

pessoa dependente (E2, E3, E4, E6, E7, E8, E10, E11, E15, E16, E18, E19, E20) e, ainda, o género (E14), ou seja, o facto de ser mulher.

A segunda categoria **Dificuldades sentidas na prestação de cuidados**, as mesmas estão relacionadas com a idade avançada do cuidador (E1), défice de saúde (física e mental) do cuidador (E7, E9, E11, E12, E13, E14, E15, E18, E19) que vê-se assim limitado em dar resposta a determinadas necessidades da pessoa dependente, ansiedade (E4), elevado grau de dependência da pessoa (E5, E10) e falta de tempo para si próprio (E2, E8, E20). Contudo é importante salientar que alguns cuidadores mencionaram não sentir dificuldades na prestação de cuidados (E6, E3, E16, E17).

A terceira categoria **Satisfação que sentem pela prestação de cuidados** a maioria respondeu que relaciona-se com manter a proximidade entre o cuidador e a pessoa dependente (E1, E7, E10, E13, E16, E17, E18, E19), ausência de doença (física/mental) do cuidador (E5), assegurar a qualidade dos cuidados (E3, E6, E8, E11, E12, E20). Alguns entrevistados referiram ausência de satisfação. (E2, E4, E9, E14, E15)

A quarta categoria **Modos de adaptação utilizados para ultrapassar momentos difíceis associados ao cuidar**. Alguns entrevistados responderam, que não apresentam qualquer tipo de adaptação (E1, E2, E16, E17, E20). Contrariamente, outros referiram que acabavam por alterar as suas rotinas (E4, E6, E8, E9), recorrer a recordações (E3, E5, E10, E18, E19), utilização de meios auxiliares facilitadores à prestação de cuidados (E7, E13) e, ainda recorrer a alguns membros da família mais disponíveis para colaborar em alguns cuidados. (E11, E12, E13, E14, E15)

Por último definimos a quinta categoria **Aspetos positivos/negativos da prestação de cuidados**, verificando que como aspetos positivo emergem a proximidade (E1, E2, E5, E7, E8, E9, E10, E11, E13, E16, E18, E20), assegurar os cuidados à pessoa (E2, E3, E4, E6, E11, E12, E14, E17, E19) e permanência da pessoa no domicílio (E12). Contudo, um dos entrevistados não identificou aspetos positivos (E15).

Quanto aos aspectos negativos destacam-se o cansaço físico/mental do cuidador (E1, E2, E3, E4, E7, E11, E12, E13, E14, E17, E18, E19), a ausência de partilha de cuidados com outros elementos da família (E5, E15, E16), ausência de conhecimentos (E10, E17), stress (E8), faltos de reconhecimento pela pessoa cuidada (E9), problemas económicos (E10, E11) e pouco disponibilidade de tempo (E20). Há que salientar que um entrevistado não identificou aspetos negativos associados ao cuidar. (E6)

Analisando a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) apurámos que 40% dos cuidadores considera que o seu familiar solicita mais ajuda do que a que realmente necessita e, 40% refere, que devido ao tempo que dedica à pessoa já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas.

Em 30% dos casos, o cuidador não se sente tenso quando está junto do seu familiar e tem tarefas pendentes para realizar, 45% não se sente envergonhado pelo comportamento da pessoa dependente e em 30% dos casos nunca se sente irritado quando está junto do seu familiar.

Em 45% dos casos, os cuidadores, consideram que a situação atual quase nunca afeta de uma forma negativa a relação do cuidador com os seus amigos/familiares.

35% dos entrevistados mencionaram que às vezes sentem-se esgotados e que, 40% das vezes

sentem que a sua saúde é afetada por terem de cuidar do seu familiar dependente.

Relativamente à vida privada, 30% dos cuidadores afirmaram que a mesma quase nunca foi alterada, assim como as suas relações sociais, que em 45% quase nunca é afetada. 45% responderam que nunca se sentem envergonhados em convidar amigos para ir ao seu domicílio.

35% dos cuidadores afirmam que quase nunca perderam o controlo das suas vidas após a instalação da doença no seu familiar.

Das respostas obtidas podemos verificar que 85% dos cuidadores consideraram que o seu familiar está dependente de si e que a pessoa dependente, em 95% dos casos acredita que o seu cuidador cuidará de si como se fosse a única pessoa com quem pudesse contar. Em 70% dos casos os entrevistados referem que sentem receio pelo futuro destinado ao seu familiar.

Dos entrevistados, 35%, referem que às vezes consideram não possuir economias suficientes para cuidar da pessoa dependente e para assegurar as restantes despesas.

Relativamente à manutenção dos cuidados, verificamos que em 45% das respostas, os cuidadores quase nunca se sentem incapaz, assegurando assim os cuidados à pessoa dependente.

Dos cuidadores entrevistados, 50% referem que não poderiam fazer mais pelo seu familiar e 45% consideram que nunca ou quase nunca poderiam cuidar melhor do seu familiar.

No que concerne à insegurança face ao que fazer com o seu familiar, 35% dos cuidadores referem nunca se sentirem inseguros, por outro lado, e em igual percentagem, referem que às vezes se sentem inseguros.

Outro aspecto relevante é a maioria dos entrevistados se sentirem muitas vezes (30%) ou quase sempre (40%) sobrecarregados, contudo em

50% dos casos os cuidadores não querem entregar os cuidados do seu familiar a outras pessoas.

Analisando a pontuação global de cada cuidador na ESC, apurámos que 6 cuidadores apresentaram sobrecarga ligeira, 13 revelaram sobrecarga intensa e apenas 1 cuidador demonstrou ausência de sobrecarga.

Após a análise dos dados das entrevistas e da ESC e respondendo à nossa pergunta de partida, podemos inferir que existe sobrecarga no cuidador informal, aquando da prestação de cuidados à pessoa dependente integrada na UCC do projeto no entanto os níveis de sobrecarga variam entre ligeira e intensa nos diferentes cuidadores.

Esta variação vai ter repercussões diferentes nos cuidadores, fazendo com que os mesmos encarem este seu novo papel de forma positiva ou negativa. Conhecer a forma como o cuidador informal experiencia toda a situação relativamente à sobrecarga a que está sujeito, as suas necessidades e dificuldades é fundamental e da responsabilidades dos profissionais de saúde.

Neste sentido, o planeamento de intervenções e orientações ao cuidador informal reveste-se de extrema importância para que esta etapa seja encarada e vivida da melhor forma possível proporcionando bem-estar ao cuidador e à pessoa dependente.

Diagnósticos das Necessidades

Segundo a CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) e tendo por base Amaral (2010) e Sequeira (2010), foi possível formularmos os seguintes diagnósticos: ansiedade, sobrecarga do cuidador, stress do cuidador demonstrado, défice de conhecimento do cuidador.

Planeamento das Atividades

Após o diagnóstico e a verificação da existência de sobrecarga no cuidador, elaboramos um planeamento com atividades de acordo com as necessidades do cuidador identificadas.

Assim, realizamos uma apresentação dos resultados de diagnóstico à equipa na UCC do projeto, sessões de carácter individual, com o cuidador, através do estabelecimento de uma relação de ajuda em enfermagem aquando das visitas domiciliárias, e uma sessão Psicoeducativa, com o objetivo dos cuidadores expressarem sentimentos e dificuldades associadas ao cuidar.

Implementação

Relativamente ao cuidador e, considerando os diagnósticos identificados, realizamos as seguintes intervenções, (Amaral, 2010):

- Alívio da ansiedade:
 - ✓ Demonstrar atitudes e comportamentos que inspirassem confiança e evidenciassem autenticidade;
 - ✓ Escutar activamente o cuidador;
 - ✓ Disponibilizar presença;
 - ✓ Esclarecer dúvidas;
 - ✓ Orientar o cuidador no sentido de encontrar estratégias de superar o estado de ansiedade;
 - ✓ Utilizar linguagem clara e de fácil compreensão;
 - ✓ Promover a participação em atividades lúdicas;
 - ✓ Incentivar a expressão de dificuldades sentidas pelo cuidador no desempenho do seu papel;

- ✓ Informar sobre formas de solicitar ajuda.

- Promoção de apoio:

- ✓ Orientar o cuidador para identificar as principais dificuldades associadas ao cuidar;
- ✓ Identificar as dificuldades do papel de cuidador;
- ✓ Informar sobre suporte social e recursos de apoio existentes na comunidade;
- ✓ Incluir mais membros da família na prestação de cuidado, se possível;
- ✓ Incentivar a participação das atividades sociais;
- ✓ Incentivar a participação em grupos de ajuda;
- ✓ Orientar para a vigilância da saúde do cuidador;
- ✓ Incentivar a partilha de experiências e sentimentos;
- ✓ Orientar o cuidador para centrar-se nos aspectos positivos;
- ✓ Disponibilizar ajuda;
- ✓ Escutar activamente.

- Disponibilização de suporte emocional:

- ✓ Analisar o desequilíbrio emocional (determinar o que desencadeia as emoções);
- ✓ Estabelecer uma relação de confiança e respeito;
- ✓ Encorajar o cuidador expressar os seus sentimentos;
- ✓ Auxiliar o cuidador na identificação do problema ou situação que causa o sofrimento;
- ✓ Encorajar o diálogo;

- ✓ Avaliar reacções emocionais do cuidador e família;
 - ✓ Assistir na tomada de decisões;
 - ✓ Demonstrar apoio.
- Alívio do stress:
 - ✓ Explicar sobre possíveis sentimentos face aos factores stressantes associados ao cuidar;
 - ✓ Apoiar o cuidador;
 - ✓ Determinar a aceitação do papel por parte do cuidador;
 - ✓ Escutar ativamente;
 - ✓ Facilitar envolvimento familiar;
 - ✓ Optimizar sistema de apoio social;
 - ✓ Determinar a dependência da pessoa em relação ao cuidador,
 - ✓ Promover capacidade de resiliência.
 - Promoção de ensino ao cuidador:
 - ✓ Determinar o nível de conhecimentos do cuidador quanto à situação da pessoa dependente;
 - ✓ Determinar o nível de conhecimento do cuidador face aos cuidados necessários à pessoa;
 - ✓ Favorecer a psicoeducação sobre o processo de doença e sua evolução;
 - ✓ Ensinar sobre estratégias facilitadoras da prestação de cuidados;
- ✓ Planear e otimizar material didáctico, às características da aprendizagem;
 - ✓ Incentivar a participação em sessões psicoeducativas em grupo;
 - ✓ Providenciar tempo para perguntas e discussão.

Avaliação

Avaliando as intervenções realizadas constatamos que os cuidadores mostraram bastante receptividade à nossa abordagem expondo dúvidas e as principais preocupações face ao cuidar. Neste sentido, adotando uma postura reveladora de confiança e empatia, consideramos que as atividades realizadas se revelaram de extrema importância, promovendo o bem-estar físico e mental do cuidador. Os próprios manifestaram agrado pelas nossas intervenções afirmando sentirem-se menos ansiosos e preocupados face à situação. Neste sentido a escuta, o esclarecimento de dúvidas e desmistificação de alguns receios revestiu-se de uma enorme importância. O enfermeiro deverá fornecer informações relativas à situação da pessoa dependente, e quais os cuidados mais apropriados no sentido de facilitar a sobrecarga no cuidador para que o mesmo possa prestar cuidados de qualidade e ganhe confiança e segurança em si próprio e nos cuidados que presta.

Quando novamente questionado sobre “Modos de adaptação utilizados para ultrapassar momentos difíceis durante a prestação de cuidados” e quais os “Aspectos positivos e negativos da prestação de cuidados”, os cuidadores conseguiram identificar atributos positivos em si próprios, demonstrando iniciativa

e referindo estratégias para lidar com a situação e o papel de ser cuidador. Os cuidadores fizeram um esforço para mudarem alguns comportamentos e atitudes mencionando conseguir conciliar tarefas e encontrar estratégias adaptativas no sentido de superar as dificuldades e aumentar a sua autoestima, contudo o apoio e presença do enfermeiro continua a ser fundamental em todo o processo.

Conclusão

Atualmente verifica-se que a ideia da pessoa permanecer no seu domicílio é prevalecente à de ser institucionalizada, emergindo assim o conceito de cuidador informal. O cuidador informal é a pessoa que presta cuidados à pessoa dependente, podendo ou não, ser um elemento da família. Constatámos no nosso projeto, tal como em outros estudos, que este papel está muitas vezes relacionado com o género e grau de parentesco. Assim, essencialmente o cuidador informal são mulheres, elementos da família, esposa, filha, irmã ou nora.

O cuidar de uma pessoa dependente revela repercussões no cuidador a múltiplos níveis, quer físicos, psicológicos e socioeconómicos.

Neste sentido, a enfermagem em saúde mental a nível comunitário é uma realidade cada vez mais presente, levantando novos desafios aos profissionais de saúde que atuam na comunidade.

A elaboração de um diagnóstico de enfermagem e o conhecimento, por parte do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, das respostas utilizadas pelos cuidadores informais, permitir-lhe-á planear as suas intervenções visando identificar quais os prestadores de cuidados em situação de maior risco, e nesses casos, ajudá-los a identificar os

principais obstáculos inerentes ao cuidar para que sejam desenvolvidas novas estratégias para a abordagem da situação.

Os enfermeiros de saúde mental e psiquiatria deverão conhecer a fragilidade e real necessidade da dinâmica familiar e situação de dependência. O vínculo entre o cuidador e a pessoa dependente deverá ser alicerçado, de forma a, que o cuidador não se sinta tão sobrecarregado e possa efetivar a sua autonomia numa relação terapêutica satisfatória.

Do projeto realizado concluímos que existe sobrecarga nos cuidadores informais, podendo ser ligeira ou intensa, no entanto a permanência da pessoa dependente no domicílio é uma vontade comum a todos os cuidadores.

Após a análise dos dados concluímos igualmente que há necessidade de realização e implementação de um projeto comunitário baseado na prestação de cuidados de enfermagem em saúde mental, visando a prevenção e promoção de autonomia e apoio ao cuidador. Ainda existe pouco envolvimento de outros membros da família estando assim todas as responsabilidades sobre um único cuidador levando à presença de sobrecarga e consequências negativas a nível físico, psicológico, social e financeiro.

Concluímos, ainda que, a formação em cuidados de enfermagem de saúde mental são fundamentais na equipa de enfermagem da UCC na prevenção e deteção precoce de alterações na área da saúde mental.

Na aplicação deste projeto detectou-se algumas limitações, nomeadamente aquando das intervenções junto ao cuidador. Não tanto na abordagem individual mas sim na sessão psicoeducativa realizada onde a adesão foi baixa. Como tal, é basilar pensar sobre modos de divulgação do projeto, alternativas para motivar o

cuidador a participar e tentar encontrar formas para que os mesmos se sintam capazes de se deslocar do seu domicílio por um período de tempo sem suscitar sentimentos negativos pela sua ausência.

Esperamos que este projeto possa ter continuidade junto do cuidador. Foi notório um interesse e motivação pela equipa de enfermagem em dar seguimento ao projeto, logo quando possível.

O impacto produzido na saúde pelo desempenho do papel de cuidador, representa um desafio não só a nível político e social, como também para os profissionais de saúde no que concerne à oferta de estratégias de intervenção facilitadoras do processo de adaptação do cuidador informal.

Torna-se assim, evidente a importância em investir na coexistência e melhor articulação entre a rede formal e a rede informal preocupando-nos com o cuidador informal enquanto parceiro mas também como pessoa que necessita dos cuidados de enfermagem.

Bibliografia

AMADO, J. (2000). A técnica de análise de conteúdo. Referência. Coimbra. Nº 5;

AMARAL, A. C. (2010). Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.;

FERREIRA, S, (2010). A adaptação do Cuidador Informal como foco da prática de Enfermagem: Um Programa de Intervenção com Matriz Conceptual no Modelo Transaccional de Stress e *Coping*. Revisão sistemática de Literatura.

Consultado em 6 Julho 2012:
<http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/585/1/Revis%C3%A3o%20Sistem%C3%A1tica%20da%20Literatura.pdf>

FORTIN, M.F. (2000). O Processo de Investigação, da Concepção à Realização, 2ª edição. Lisboa: Luso Ciência;

GONÇALVES, L. H. T. et al. (2006), Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC . Consultado em 20 Junho 2012:
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a04.pdf>;

PEREIRA H. (2011). Subitamente Cuidadores Informais! A experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado. Tese de Doutoramento em Enfermagem apresentada à Universidade de Lisboa com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;

PEREIRA, M. & FILGUEIRAS, M. (2009). A Dependência no Processo de Envelhecimento: Uma Revisão sobre Cuidadores Informais de Idosos. Artigo de Revisão. Revista da atenção primária a saúde. Vol. 12. nº1 (pp. 72-82);

RICARTE, L. (2009). Sobrecarga do Cuidador Informal de Idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto;

SANTOS, P.A. (2005). O Familiar Cuidador em Ambiente Domiciliário. Sobrecarga física, emocional e social. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública apresentada na Escola nacional de Saúde Pública/ Universidade Nova de Lisboa;

SEQUEIRA, C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lidel- edições técnicas, Lda. Lousã.

STUART, G. & LARAIA, M. T. (2001). Enfermagem Psiquiátrica – princípios e prática. 6ª edição. Porto Alegre: Artmed Editora;

TOWNSEND, M. C. (2002). Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados. 3ª edição. Lisboa: Guanabara Koogan;

VALA, J. (1990). A Análise de Conteúdo, In: SILVA, A. S. & PINTO, J. M.. Metodologia das Ciências Sociais. 4ª edição. Lisboa: Editora Afrontamento;

VIEIRA, C.P.B. et al (2009). Práticas do Cuidador Informal do Idoso no Domicílio. Artigo de Revisão. Consultado a 28 Maio 2012: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a23.pdf>

APÊNDICE II – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

O meu nome é Isabel Ferreira e sou enfermeira no serviço de Cirurgia num Hospital da Margem Sul do Tejo. Neste momento, estou a realizar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, no Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde (IPS – ESS). No âmbito do mesmo encontro-me a realizar estágio numa UCC na Margem Sul do Tejo, local onde irei desenvolver um projecto, cuja orientação está a cargo do Professor Doutor Joaquim Lopes.

Com a realização deste projecto pretendo desenvolver competências clínicas de avaliação diagnóstica, planeamento e intervenção relacionadas com a sobrecarga do cuidador informal. Para tal, considero ser necessário saber primeiro se existe e qual o nível de sobrecarga.

Deste modo, solicito a sua participação neste projeto que consiste na realização de uma entrevista com o intuito de caracterizar o cuidador e a pessoa dependente e no preenchimento de uma Escala, designada, Escala de Sobrecarga do Cuidador.

Estes instrumentos permitir-me-ão determinar a existência de sobrecarga e posteriormente desenvolver um planeamento e intervenção no sentido de melhorar o problema detectado.

A sua participação é voluntária e anónima, não existindo a necessidade da sua identificação pessoal.

Todas as informações recolhidas serão absolutamente confidenciais e estarão abrangidas pelo sigilo profissional. Os procedimentos utilizados seguem as normas éticas, não oferecendo riscos de qualquer natureza. Se recusar participar, isso não afectará de forma alguma a sua relação com os profissionais de saúde ou o tratamento do seu familiar

Aceito a participação:

SIM

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

NÃO

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura investigador: _____

ANEXOS

ANEXO I – Guião da Entrevista

Entrevista

Nº _____

DATA DA RECOLHA DE DADOS: ____/____/____

Parte 1

Cuidador Informal

• Dados Sociodemográficos do Cuidador Informal

1. **Sexo** ☐ Feminino ☐ Masculino

2. **Idade:** _____

3. **Estado civil:** ☐ Casado(a)/ união de facto ☐ Solteiro(a)
 ☐ Viúvo(a) ☐ Divorciado(a)

4. **Habilitações Literárias**

- ☐ Sem escolaridade ☐ Sabe ler e escrever
- ☐ 1º ciclo ensino básico (4ª classe) ☐ 2º ciclo ensino básico (ensino preparatório)
- ☐ 3º ciclo ensino básico (9º ano) ☐ Ensino secundário (12º ano)
- ☐ Ensino Superior ☐ Outro. Qual _____

5. **Profissão actual** _____

6. **Grau de parentesco com a pessoa a quem presta cuidados**

- ☐ Filho(a) ☐ Nora/Genro ☐ Esposa/Marido
- ☐ Outro – Qual? _____

7. Tempo de dependência do seu familiar

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de 3 meses | <input type="checkbox"/> Entre 3 a 6 meses |
| <input type="checkbox"/> Entre 6 meses a 1 ano | <input type="checkbox"/> Entre 1 e 3 anos |
| <input type="checkbox"/> Entre 3 e 6 anos | <input type="checkbox"/> Mais de 6 anos |

8. Vive na mesma habitação do seu familiar actualmente

- ☐ Não ☐ Sim ☐ Esporadicamente

9. Vivia com o seu familiar anteriormente ao estado de dependência

- ☐ Não ☐ Sim ☐ Esporadicamente

10. Alteração de residência pelo cuidador face à situação de dependência do seu familiar

- ☐ Não ☐ Sim

11. Tipo de família do cuidador

- ☐ Vive só ☐ Nuclear ☐ Alargada
- ☐ Outra. Qual _____

12. Número de dias por semana em que o cuidador presta cuidados ao seu familiar

- ☐ 1 dia ☐ de 2 a 4 dias ☐ de 5 a 6 dias ☐ 7 dias
- ☐ Quinzenalmente

13. Número de horas por dia em que o cuidador presta cuidados ao seu familiar

- ☐ 1 a 4 ☐ 5 a 10 ☐ 11 a 15 ☐ 16 a 20 ☐ 21 a 24

14. Tipo de cuidados prestados ao seu familiar

- ☐ Higiene ☐ Alimentação ☐ Vestir e despir ☐ Mobilização
- ☐ Outros...Quais? _____

15. Apoio recebidos pelo(s) Cuidador(es):

✓ **Rede informal** de apoio domiciliário recebido

☐ Não

☐ Sim

Se sim, qual a rede de apoio _____

Tem auxílio por parte da família : ☐ Não ☐ Sim

Se sim, por quem: _____

Tipo de ajuda prestada por esses familiares:

☐ Higiene

☐ Alimentação

☐ Vestir e despir

☐ Mobilização

☐ Outros...Quais? _____

✓ **Rede suporte formal:**

☐ Não

☐ Sim

Instituição particular de solidariedade social : ☐ Não ☐ Sim

Se sim encontra-se integrado em valência? ☐ Centro de dia ☐ SAD

Que tipos de cuidados são prestados:

☐ Higiene

☐ Alimentação

☐ Vestir e despir

☐ Mobilização

☐ Outros...Quais? _____

16. Tem a seu cargo, outras pessoas? ☐ Não ☐ Sim

Pessoa Dependente

1. Sexo ☐ Feminino ☐ Masculino

2. Idade: _____

3. Estado Civil

☐ Casado(a)/ união de facto ☐ Solteiro(a)
☐ Viúvo(a) ☐ Divorciado(a)

4. Tipo de dependência

☐ Física ☐ Mental ☐ Física/Mental

5. Tipo de dependência física

☐ Motor ☐ Visual ☐ Auditivo ☐ Não sei

Qual ? _____

6. Grau de dependência

O grau de dependência pode ser classificado em dois níveis (Figueiredo, 2007)⁴:

Dependência ligeira ☐

(Necessita de supervisão ou vigilância, já que possui alguma mobilidade e consegue realizar as principais atividades de vida diária, necessitando apenas de apoio de terceiros no desempenho de algumas atividades específicas ao nível da autonomia pessoal).

Dependência grave ☐

(Necessita de ajuda permanente no seu quotidiano, não tendo capacidade para executar um determinado conjunto de atividades elementares, devido a graves restrições da mobilidade).

⁴ Figueiredo, D (2007). Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa: Climepsi Editores.

Entrevista semi-estruturada

1. Motivos que levaram a ser cuidador
2. Dificuldades que sente na prestação de cuidados
3. Satisfação que sente pela prestação de cuidados
4. Modos de adaptação utilizados para ultrapassar momentos difíceis durante a prestação de cuidados
5. Aspectos positivos/negativos da prestação cuidados

Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007, 2010)

A ESC é uma escala que avalia a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador informal. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplica ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!